

**A prevenção para o VIH/SIDA e o *Marketing* Social: elaboração de um
plano de campanha**

Relatório

**de Estágio de Mestrado em Ciências da Comunicação, na vertente
“Comunicação Estratégica”**

Versão Corrigida e Melhorada após Defesa Pública

Outubro de 2015

**A prevenção para o VIH/SIDA e o *Marketing* Social: elaboração de um
plano de campanha**

Relatório
de Estágio de Mestrado em Ciências da Comunicação, na vertente
“Comunicação Estratégica”

Versão Corrigida e Melhorada após Defesa Pública

Outubro de 2015

AGRADECIMENTOS

As minhas primeiras palavras de agradecimento são para o Professor Dr. Fernando Cascais, por ter aceitado, formalmente, a orientação do presente relatório.

Ao Dr. Francisco George, pela disponibilidade e simpatia com que me recebeu na Direcção-Geral da Saúde. Ao Dr. António Diniz, devo a oportunidade de ter realizado o estágio no Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, pelo que agradeço todo o tempo que dedicou ao esclarecimento das dúvidas por mim colocadas. À restante equipa do Programa: à Teresa de Melo, à Joana Bettencourt e à Conceição Reixa, agradeço pela integração nas actividades realizadas durante o período do meu estágio, e também por todo o apoio que me concederam durante a minha presença na Direcção-Geral da Saúde, onde tive contacto com outras pessoas às quais devo também uma palavra de agradecimento: ao Dr. Pedro Graça, à Cristina Portugal, ao Dr. José Boavida, à Paula Domingos, à Fátima Sanches e a todas as outras pessoas, cuja simpatia e amabilidade me trazem, hoje, saudades do tempo em que estiveram presentes.

Ao Dr. Pedro Ribeiro da Silva e ao Professor Dr. Nuno Carneiro devo também uma palavra de agradecimento, pela disponibilidade em terem lido o meu texto e pelas sugestões de reflexão e aperfeiçoamento.

Agradeço também a todos os membros do GAT que se disponibilizaram para me ajudar: à Rosa Freitas, à Diana Silva, à Edna Rodrigues, ao Luís Mendão e à Maria João Brás. Agradeço também à Nazyia Amorim e ao Paulo Jorge Vieira, pela troca de ideias e contributos para o meu trabalho.

A exequibilidade deste mestrado deveu-se ao apoio da minha avó Francelina e do meu pai, pessoas a quem, por essa razão, devo um profundo agradecimento.

Gostaria, ainda, de agradecer aos restantes membros da minha família: à minha mãe e aos meus avós Manuel e Josefina. E também a todos os amigos que me encorajaram e ajudaram neste projecto, em especial ao André Barroso, ao Leonardo Marques, ao Milton, à Ana Duarte, à Isabel Andrade e ao José Guedes.

A PREVENÇÃO PARA O VIH/SIDA E O MARKETING SOCIAL: ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CAMPANHA

HIV/AIDS PREVENTION AND SOCIAL MARKETING: FORMULATION OF A CAMPAIGN PLAN

JOANA FALCATO

PALAVRAS-CHAVE: VIH/SIDA, *Marketing* Social, campanha, teste sorológico de detecção

KEYWORDS: HIV/AIDS, *Social Marketing*, campaign, serological test for detection

O VIH/SIDA é uma das doenças infecciosas que mais mortalidade causa a nível global. A inexistência de uma cura médica para a doença acentua a relevância da alteração de comportamentos como meio de erradicação da mesma. O *Marketing* Social tem como objectivo principal a alteração de comportamentos ou atitudes. A eficácia dos planos de acção nos quais se estrutura a disciplina faz dela uma base teórica útil no esforço de prevenção da doença. Portugal é um país onde o número de casos de infecção se situa acima da média da União Europeia. A organização que lidera a estratégia nacional de prevenção e controlo da infecção por VIH/SIDA, a saber, a Direcção-Geral da Saúde, através do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, tem ao seu alcance meios para empreender campanhas de comunicação eficazes que propiciem a erradicação da doença em Portugal. A escassez de campanhas de prevenção nos últimos anos com considerável impacto, a fraca percepção da vulnerabilidade pessoal, por parte da população em geral, e o baixo nível de conhecimentos relativos ao VIH/SIDA justificam a elaboração de uma campanha de cunho maioritariamente generalista. O reduzido número de campanhas, ao longo dos anos, que apelem à execução do teste ao VIH/SIDA, a fraca adesão à sua realização e a baixa eficácia de campanhas disseminadoras da utilização do preservativo, levaram-nos a optar pela divulgação da realização do teste ao VIH/SIDA como acção principal da nossa campanha.

HIV/AIDS is one of the infectious diseases that more deaths causes, globally. The lack of a medical cure for the disease heightens the importance of changing behaviors as a way to eradicate it. Social Marketing has as main objective changing behaviors or attitudes. The action plans' efficiency through which the discipline organizes itself makes it a theoretical basis useful in the effort of the disease's prevention. Portugal is a country where the infection rates surpass the European Union average. The organization that leads the national strategy for HIV prevention and control, the Directorate-General of Health, through the National Programme for HIV/AIDS Infection, has ways to develop effective communication campaigns that move towards the disease's eradication in Portugal. The scarcity of prevention campaigns in the last years with substantial impact, the low perception of personal vulnerability, by the general population, and the low knowledge level related to HIV/AIDS questions justify the elaboration of a mainly generalist campaign. The low number of campaigns, through the years, that appeal to HIV/AIDS testing, the poor adherence to testing, the low efficacy of campaigns disseminators of condom utilization, make us choose to spread HIV/AIDS testing as main action of our campaign.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. METODOLOGIA.....	2
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
3.1. A Promoção da Saúde	3
3.1.1. A Promoção da Saúde e a Comunicação	5
3.1.2. O Marketing Social	6
4. CARACTERIZAÇÃO GLOBAL DA EPIDEMIA.....	14
4.1. Condições propícias a uma maior vulnerabilidade à infecção.....	15
4.2. Planos globais para a erradicação da doença	16
5. O VIH/SIDA EM PORTUGAL.....	17
5.1. A Estratégia Nacional Pública para cessar a existência do VIH/SIDA.....	18
5.1.1. A Estratégia do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016	18
5.1.1.2. Enquadramento do Marketing Social no PN VIH/SIDA 2012-2016	20
6. ELABORAÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO PARA O VIH/SIDA	21
6.1. Definição do problema, propósito e focalização.....	21
6.2. Análise da situação	22
6.2.1. ANÁLISE S.W.O.T.....	22
6.2.2. Análise de campanhas de prevenção para o VIH/SIDA em Portugal	23
6.3. Selecção do público-alvo.....	27
6.4. Definição de objectivos e metas de <i>Marketing</i>	29
6.5. Identificação de factores que influenciam a adopção do comportamento	33
6.5.1. Obstáculos	33
6.5.2. Elementos motivadores do comportamento	35
6.6. Elaboração de uma frase de posicionamento	36
6.7. Marketing Mix	37
6.7.1. Produto principal.....	37
6.7.2. Produto real.....	38
6.7.3. Preço	38
6.7.4. Promoção	38
6.8. Esboçar um plano para monitorizar e avaliar	46

6.9. Estabelecer o orçamento e encontrar fontes de financiamento	47
6.10. Completar o plano para a implementação e gestão da campanha	48
8. CONCLUSÃO	51

1. Introdução

O presente documento tem como objectivo fornecer uma reflexão teórica sobre a prática do estágio curricular por mim realizado, durante seis meses (com início em Outubro de 2014 e término em Março de 2015), na Direcção-Geral da Saúde (DGS) no âmbito da frequência do mestrado em Ciências da comunicação, na vertente “Comunicação Estratégica”. A realização do estágio curricular foi veículo de continuidade de um percurso académico direccionado especificamente para a investigação na área do *Marketing Social* cujo conteúdo estivesse centrado no desenvolvimento de campanhas visando a Promoção da Saúde.

A opção pela DGS deveu-se ao facto de ser esta instituição um dos organismos públicos responsáveis pela elaboração de campanhas e acções de Promoção da Saúde¹ destinadas a minimizar ou erradicar os efeitos desencadeados pela existência de problemas de Saúde Pública sobre os quais uma actuação é considerada prioritária. Tal é o caso da infecção VIH/SIDA, cujas particularidades possibilitam que seja, desde o início da investigação em *Marketing Social*, um foco de análise prioritário. De facto, a inexistência, actualmente, de uma cura médica para a doença, a complexidade dos factores que contribuem para o seu aparecimento (económicos, sociais e psicológicos) e, ainda, a ênfase colocada em aspectos comportamentais como meio de erradicação da epidemia tornam a problemática do VIH/SIDA um desafio particularmente relevante para a área do *Marketing Social*.

Propomo-nos elaborar, com base na experiência adquirida através do contacto directo com a estrutura governamental com maior influência no esforço de eliminação da doença, uma campanha, de cariz teórico, à qual será acrescentada uma amostra do que poderá ser colocado em prática, de futuro. As possíveis limitações da campanha que comprometem, seguramente, uma parte da sua eficácia, prendem-se com o facto de o projecto não ser financiado, pelo que não existe, à partida, qualquer orçamento efectivo que possa sustentá-la. Com base no orçamento indicado por responsáveis do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, foram sugeridos hipotéticos valores para uma campanha que a DGS pretenda empreender, com semelhante fundamentação teórica.

¹“A DGS tem por missão regulamentar, orientar e coordenar as actividades de promoção da Saúde e prevenção da doença (...).” Disponível em <http://www.dgs.pt/institucional.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf> (consultado em 11/07/2015).

2. Metodologia

A elaboração deste relatório fundamentou-se primeiramente, em pesquisas bibliográficas sobre os temas desenvolvidos. À leitura e análise de artigos científicos, seguiu-se a realização de um inquérito a uma amostra da população compreendida por 230 indivíduos. A colecção de respostas obteve-se a partir de inquéritos de rua face a face (*n.* 110) e por meio de questionários *online* (*n.* 120).

Condição necessária era que os participantes, indivíduos na faixa etária compreendida entre os 15 e os 75 anos, residissem em Portugal há mais de um ano, por forma a ser avaliada a memória de campanhas de prevenção pretéritas. Na tentativa de incluir algum grau de variação geográfica nas respostas, as mesmas foram recolhidas nos concelhos de Lisboa (*n.*50), Portimão (*n.*30) e Évora (*n.*30). No que diz respeito aos questionários obtidos através da *Internet*, não houve qualquer limite espacial, tendo sido recolhidas respostas provenientes de todo o território continental. Embora o universo de inquiridos oscile entre as idades mencionadas, tentou-se, preferencialmente, abordar indivíduos na faixa etária em que se encontra o público-alvo mais específico da presente campanha (25-39 anos).

Respeitando os critérios éticos de colecção de respostas por inquérito², foi salvaguardado o anonimato de todos os participantes e informados os mesmos sobre os objectivos e conteúdo do presente projecto.

O questionário foi composto por dez questões de resposta fechada. As perguntas pretenderam averiguar três aspectos distintos atinentes à problemática do VIH/SIDA: o **comportamento** da população face à prevenção do VIH/SIDA, no que concerne especificamente à realização do teste sorológico de detecção; os **conhecimentos** da população em relação a questões influentes na realização do teste; a **memória** de campanhas de prevenção passadas. A selecção de perguntas reunidas no inquérito foi, ainda, fruto das conclusões da leitura de artigos científicos dedicados à investigação de comportamentos e conhecimentos relativos ao VIH/SIDA. No que diz respeito a questões relacionadas com o teste sorológico de detecção, a maioria dos inquéritos incluídos nos artigos de investigação analisados cingiam-se à questão da sua realização e periodicidade. Revelou-se-nos essencial que outras questões, relativas a conhecimentos mais específicos, como a existência da profilaxia pós-exposição (PPE), ou do denominado “período de janela”, fossem integradas neste género de questionários, uma vez que determinam a adequação das condições de realização do teste.

² JOHNSON (2015): 492; SACKS (2013): 200.

De particular relevo é a pergunta relativa à memória de campanhas passadas. Uma vez que não houve, depois da campanha “VIH/SIDA em Portugal – 30 anos: refletir e agir”, nenhuma avaliação dos seus efeitos na memória da população, tornou-se necessário elaborar um questionário que averiguasse esta questão, sendo o seu resultado relevante para a eventual prossecução de uma campanha fundamentada em semelhante estratégia.

Para a construção do presente plano de campanha, foram ainda relevantes as oportunidades de discussão de estratégias a adoptar, em grupos focais, com membros das instituições GAT, *CheckpointLX* e *InMouraria*.

Foram também construtivas para a definição de objectivos, as entrevistas realizadas a indivíduos que, de diversos modos, têm ou tiveram um contacto significativo com a problemática do VIH/SIDA: Paulo Jorge Vieira, importante personalidade ligada ao associativismo na área do VIH/SIDA; Nazya Amorim, membro da associação “Bué Fixe”; Luís Mendão, presidente do GAT e Maria João Brás, membro do GAT e presença assídua em acções de sensibilização e de defesa dos direitos das pessoas infectadas com o VIH/SIDA. As conclusões retiradas destes encontros permitiram-nos reflectir sobre qual a abordagem de prevenção mais adequada às especificidades da doença, em Portugal.

Complementar ao conteúdo deste trabalho são os dois vídeos e três cartazes exemplificativos dos elementos de comunicação que poderão ser produzidos a nível profissional por uma agência de comunicação. O vídeo e os cartazes objectificam e ilustram a possibilidade de realização da campanha, teoricamente delineada neste documento, ao mesmo tempo que pretendem ser um incentivo a um investimento futuro, por parte da DGS, numa campanha com características como as que neste documento apresentamos.

3. Enquadramento Teórico

3.1. A Promoção da Saúde

O objectivo da OMS é a “obtenção, para todos os grupos populacionais, do mais elevado estado de saúde possível”.³ Desde 1946, a saúde é formalmente reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”⁴. A saúde é, segundo a OMS⁵, um “recurso para a

³ WHO (1946):1. *Trad. nossa*.

⁴ *Ibid, ibidem*.

vida quotidiana” e para o “desenvolvimento social, económico e pessoal”, sendo ainda “uma importante dimensão da qualidade de vida”⁶. Nesse sentido, também os factores sócio-económicos e culturais têm influência no estado de saúde dos indivíduos, sendo, por isso, premente que o sector da saúde se alie à acção dos outros sectores económicos e sociais⁷. As acções de Promoção da Saúde têm o objectivo de tornar favoráveis todas as condições influentes no estado de saúde, para que o indivíduo possa alcançar o nível mais elevado do seu potencial em saúde⁸. Por isso, a sua actuação dá-se tanto a nível comunitário, como ao nível do desenvolvimento de capacidades individuais.

No entanto, embora seja entendida pelos principais organismos de Saúde internacionais como benéfica para o bem-estar dos indivíduos, a perspectiva da Promoção da Saúde assumida pelos mesmos não tem suscitado consenso na literatura científica dedicada ao tema. De facto, se a emergência da Promoção da Saúde, nos países ocidentais, está associada a melhorias no estado de saúde ao nível da globalidade da população, o reverso da questão apresenta-nos um limite no conjunto de temas sobre os quais se debruça, sedimentados em oposições binárias associadas a julgamentos morais discriminatórios.

Os fundamentos do carácter normativo da Promoção da Saúde estão profundamente enraizados no conceito de “normalidade”, formado a partir de uma noção modelar do funcionamento da estrutura orgânica, estabelecido como resultado da ponderação da polaridade saúde/morbilidade a qual, como nos diz Foucault, remonta ao século XIX⁹. A “normalidade” será, por sua vez, alcançada através da acção de mecanismos de autocontrolo do indivíduo sobre si mesmo, os quais se fundamentam no modelo do “eu” racional, que deverá, de forma consciente, procurar o auto-aperfeiçoamento. Esta tentativa de controlo, quando gorada, resulta numa autopunição por parte dos indivíduos, regida por mecanismos de autovigilância que comumente evocam sentimentos de culpa, ansiedade e repulsão em direcção ao “eu”: “o domínio do eu é, então, um pré-requisito para a saúde; a falta de domínio é, nesse sentido, uma espécie de doença que antecede a queixa física real, cujos sintomas são detectáveis enquanto padrões psicológicos, cognitivos e de comportamento.”¹⁰ O louvor à racionalidade divulgada pela Promoção da Saúde é veiculado pela autoridade de especialistas, cujo estatuto permite uma posição superior na detenção

⁵ WHO (1986):1. *Trad. nossa.*

⁶ *Ibid, ibidem.*

⁷ WHO (1978):1.

⁸ WHO (1986):1.

⁹ FOUCAULT (2003): 35.

¹⁰ GRECO, M. (1993): 361. *Trad. nossa*

de conhecimento, “modelando a conduta [dos indivíduos] não pela coerção, mas através do poder da verdade [“científica”], da potência da racionalidade e das sedutoras promessas de efectividade”¹¹.

Em defesa dos discursos vigentes, pode advogar-se que é muito difícil, senão impossível, promover a saúde de forma imparcial ou neutra, uma vez que nenhum discurso ou conjunto de conhecimentos se isenta de valores. É até desejável que as acções de Promoção da Saúde inculquem valores benéficos para o bem-estar da população. Porém, é necessário que os indivíduos produtores e reprodutores de certos discursos e práticas estejam conscientes da sua posição e do que ela implica para a interpretação de sentidos normativos do quotidiano dos cidadãos. Tal consciência, frequentemente denominada “reflexividade” é essencial para uma maior adequação da adopção de compromissos e valores inerentes aos discursos promovidos. No contexto da Saúde Pública, essa reflexividade inclui uma posição crítica em relação ao significado de noções estabelecidas, como “saúde”, “responsabilidade”, “empowerment”, “auto-eficácia”, “risco”, bem como no que diz respeito aos discursos dominantes de auto-controlo, vigilância, disciplina e racionalidade replicados na Promoção da Saúde e na literatura de Educação para a Saúde.

3.1.1. A Promoção da Saúde e a Comunicação

Sendo a Promoção da Saúde um processo que concorre para a obtenção da “Saúde para todos”¹², através de acções individuais e comunitárias destinadas a permitir às pessoas o “aumento e controlo da sua saúde”, a Comunicação em Saúde, ao tentar influenciar e apoiar indivíduos e comunidades a adoptarem ou manterem determinado comportamento ou atitude que melhorem o seu estado de saúde, “é uma ferramenta para promover ou melhorar a saúde”.¹³

A Comunicação em Saúde foi reconhecida como uma disciplina científica inserida no campo mais vasto da área da Comunicação em 1975, quando foi fundada a *Health Communication Division da International Communication Association*, embora já alguns estudos tivessem sido levados a cabo¹⁴. Da investigação científica dedicada ao tema resulta uma definição discordante do

¹¹ MILLER, P. (1990):19. *Trad.* nossa.

¹² *Health for All*, o slogan comumente utilizado referido por LUPTON (1995):58 para salientar a dimensão comunitária do “novo” movimento de Saúde Pública a que a Promoção da Saúde se associou.

¹³ *National Cancer Institute*: 3.

¹⁴ THOMPSON (2003): 1; FREIMUTH (2004): 2053.

termo “Comunicação em Saúde”, sendo, contudo, unanimemente reconhecida a sua função (a saber, a de influenciar ou apoiar os processos que visem a melhoria do estado de saúde da população).¹⁵

3.1.2 O Marketing Social

Inserido no âmbito da Comunicação em Saúde, o *Marketing Social* (M.S.) tem sido adoptado com progressiva frequência pelos agentes promotores de saúde, consistindo numa estratégia mais específica de disseminação de informação relativa à saúde, a qual, como o próprio nome indica, está centrada na aplicação de princípios de *Marketing* comercial a problemas sociais.¹⁶

O M.S., enquanto objeto de estudo, teve origem numa pergunta elaborada por Gerhart Wiebe, psicólogo e professor do *City College* de Nova Iorque. A questão teve lugar numa apresentação feita à *American Psychological Association*, em Setembro de 1951, e consistia em saber “por que é que não se pode vender fraternidade e pensamento racional tal como se vendem sabonetes.”¹⁷ Esta questão, aparentemente ingénua, surgiu após um exame, por parte de Wiebe, de quatro campanhas sociais, cujo objectivo foi determinar que condições ou características explicavam o seu êxito, ou, pelo contrário, o seu fracasso. O investigador descobriu que o sucesso de uma campanha era directamente proporcional ao investimento realizado para que a mesma se assemelhasse à campanha de um produto comercial.

A pergunta pioneira de Wiebe levou algum tempo até se ter iniciado a primeira teoria consolidada sobre o tema, proposta por Kotler e Zaltman, em 1971. O *Marketing Social* foi então definido como o “desenho, implementação e controlo de programas calculados para influenciar a aceitabilidade de ideias sociais, envolvendo considerações, em relação ao produto, de planeamento, preço, comunicação, distribuição e pesquisa de *Marketing*. Assim, a finalidade explícita das competências de *Marketing* é ajudar a transformar os presentes esforços da acção social em programas desenhados e comunicados com uma maior eficácia. Por outras palavras, as técnicas de *Marketing* são os mecanismos de ligação entre a simples posse de conhecimento e a implementação eficiente daquilo que o conhecimento permite.”¹⁸

Ao longo do tempo, a definição do conceito foi sofrendo alterações [ex. Andreasen (1995); French (2005); Kotler (1989)]. Andreasen¹⁹ identifica a proliferação de definições como uma

¹⁵SCHIAVO (2007):3.

¹⁶LUPTON (1995): 111.

¹⁷WIEBE (1951): 679

¹⁸KOTLER (1971): 5.

¹⁹Citado por DANN (2010): 174.

barreira para o desenvolvimento futuro da disciplina. Seguindo Dann (*op.cit*), posicionamo-nos juntamente com Stead *et al*, ao considerar o M.S. não como uma teoria, mas como um conjunto de perspectivas, que têm em comum a influência de comportamentos como seu objectivo principal²⁰, e a aplicação das técnicas de *Marketing* comercial adaptadas como meios de o alcançar.

Apesar de a pesquisa inicial de Wiebe revelar a eficácia da aplicação das técnicas de *Marketing* Comercial a problemas sociais, a verdade é que a simples transposição dessas técnicas, de um campo para o outro, empobrece o alcance de possíveis campanhas sociais delineadas à luz de semelhantes técnicas, uma vez que os fundamentos e objectivos dos programas de *Marketing* comercial diferem grandemente daqueles que compõem as acções de *Marketing* Social. Primeiramente, porque o *Marketing* tradicional pretende criar ou satisfazer necessidades (a questão é bastante discutida, no âmbito da disciplina) individuais, através da influência para o consumo. O seu objectivo último é alcançar o lucro financeiro que as suas acções proporcionam, desconsiderando, frequentemente, o benefício que as acções promovidas representam, ou não, para o bem-estar colectivo. O *Marketing* Social, por sua vez, pretende, através da consciencialização individual, estabelecer acções e programas que tenham um impacto colectivo, sendo o seu objectivo último o bem-estar e a saúde (na sua aceção holística) do colectivo. Pelo facto de as “recompensas” oferecidas pelo *Marketing* Social não serem, normalmente, tão atractivas, nem proporcionarem uma satisfação tão imediata quanto as propostas contidas nos programas de *Marketing* tradicional, e pelo facto de representarem alterações a um nível psicológico mais profundo e de extensão mais ampla (colectivo), as campanhas e acções de M.S. têm também de aprofundar o estudo dos temas sob os quais se debruçam. Semelhante complexificação deve-se, em primeiro lugar, à dificuldade acrescida que a concretização dos objectivos estabelecidos para as acções de *Marketing* Social representa. Podemos, então, concluir que as semelhanças entre as duas disciplinas se situam principalmente ao nível da forma, e não tanto do conteúdo, pois que nos dois casos é exercida uma tentativa de influência psicológica que utiliza uma estrutura formal idêntica, originária do *Marketing* comercial. Pode identificar-se, como factor de diferenciação, o conteúdo do que essa estrutura formal veicula, bem como o objectivo final para que se direcciona. Por estas razões, deve a comparação de Wiebe ser desconstruída, para que percebamos em que real medida existe um ponto comum entre o *Marketing* tradicional e o *Marketing* Social e para que, deste modo, e de futuro, os profissionais de *Marketing* Social não construam as suas campanhas a partir de uma equiparação simplificada das mesmas a um produto comercial, sendo mister desenvolver em maior pormenor os temas de que se ocupam.

²⁰ Como também refere SERRAT (2010): 5.

Ao longo do tempo, a abordagem do *Marketing Social* tem sido alvo de algumas críticas²¹, enraizadas, sobretudo, na crença de que a aplicação das suas técnicas reflecte uma perspectiva demasiado simplista, quando comparada à complexidade das questões sociais a que se reporta. Não obstante a adequação de alguns argumentos advogados por tais críticas, a verdade é que, quando comparado com outras formas de acção, no âmbito da Comunicação em Saúde, o M.S. revela-se uma disciplina cuja estável estruturação de estratégias e ferramentas de actuação tem resultado numa maior eficácia, no que aos objectivos das campanhas sociais concerne, focados na alteração de conhecimentos, atitudes e comportamentos²². Para além disso, consideramos ser o M.S. apenas uma das formas de alterar e melhorar o bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos, reconhecendo, no entanto, que os seus programas não são, por si só, suficientes para desencadear uma mudança efectiva. O estabelecimento de condições sócio-económicas estáveis, acompanhado de políticas favoráveis, são um exemplo de acções fundamentais que complementam uma actuação cujo principal objectivo é exercer uma influência psicológica (emocional e cognitiva)²³ suficientemente significativa para desencadear a acção.

3.1.2.1. Etapas de uma campanha de Marketing Social

A abordagem científica dedicada ao tema foi, desde início, marcada pelo estabelecimento estratégico de etapas essenciais ao sucesso de uma campanha de *Marketing Social*. Optámos por adaptar aquelas que foram exploradas por Cheng *et al*²⁴. São elas:

Definição do problema, propósito e focalização

Qualquer campanha de *Marketing* para a Saúde precisa de centrar-se num determinado e claro **problema de saúde público**. O problema pode ser desencadeado por um acontecimento (como um *tsunami*), ou pode ser justificado por alguma missão da organização que a pretende empreender, tal como "contribuir para a sociedade através da redução dos níveis de obesidade da

²¹CRAWSHAW (2012); LANGFORD (2013).

²²COREIL (2001): 231.

²³ Contudo, a Comunicação em Saúde, por si só, sem o apoio do ambiente, não é eficaz a sustentar alterações de comportamento a nível individual (...) não pode compensar a falta de acesso a cuidados de saúde ou a ambientes saudáveis": FREIMUTH (2004): 2053.

²⁴CHENG (2011): 19-25.

população". No processo de definição do problema, é fundamental resumir os factores que conduziram à base lógica e à decisão de desenvolver a campanha.

Uma vez definido o problema de Saúde Pública, é necessária uma declaração de **propósito** para tornar claro que impacto e benefícios resultarão da campanha de M.S.

A **focalização** destina-se a estreitar o âmbito da campanha de *Marketing* Social, para que um maior aproveitamento dos recursos disponíveis seja realizado, e que, dessa forma, seja maximizado o impacto da campanha.

Análise da situação

Neste estágio, é realizada uma **análise S.W.O.T.** ("forças", "fraquezas", "oportunidades" e "ameaças") para fornecer uma breve auditoria dos pontos fortes e fracos da organização, bem como das oportunidades e ameaças que a rodeiam. É nesta etapa que se **analisa** campanhas anteriores, e é realizado um sumário das principais actividades que as constituíram, impacto e efeitos conseguidos através das mesmas e lições aprendidas.

Seleção do público-alvo

O público-alvo é escolhido através de um processo de segmentação, que divide um extenso público (população) em "sub-públicos" homogêneos, grupos denominados "públicos segmentados". Um público segmentado é identificado e agregado pelas suas características e necessidades comuns, no interior de uma audiência mais vasta, o que pode incluir similares variáveis demográficas, psicográficas, geográficas, comportamentos, redes sociais, recursos comunitários e estágio de mudança comportamental.

O ideal é que uma campanha de *Marketing* se focalize num **público-alvo principal**. Porém, são frequentemente identificadas **audiências secundárias**, dependendo do problema de *Marketing*, do propósito e do foco da campanha definido previamente.

Definição dos objectivos e metas de *Marketing*

A eficácia de uma campanha de *Marketing* Social depende da existência de objectivos claros, os quais são compostos por uma finalidade a nível, por exemplo, do **comportamento**: algo que se pretende que o público-alvo realize como resultado da campanha. O objectivo pode também ser estabelecido ao nível das **atitudes**, ou, ainda, ser referente ao estabelecimento de uma **discussão**

numa ou em várias esferas do espaço público²⁵. Nas metas de *Marketing* estão também incluídos os **conhecimentos** clarificadores da informação de que o público-alvo precisa de estar ciente durante a campanha, bem como a(s) **crença(s)** necessária(s) para que o público-alvo “mude de ideias”.

Uma campanha de *Marketing Social* também precisa de estabelecer metas quantificáveis coerentes com os objectivos de *Marketing*. As metas estabelecidas com base nos objectivos estabelecidos devem ser específicas, mensuráveis, realizáveis, relevantes e delimitadas temporalmente (adaptado da sigla inglesa **SMART** - *specific, measurable, achievable, relevant and time-bound*) em relação ao conhecimento, atitudes e mudanças de comportamento a que se reportam. Aquilo que for neste estágio determinado terá fortes implicações para os orçamentos, guiará as estratégias de *Marketing Mix* e direccionará medidas evaluativas integradas no processo de planeamento tardio da campanha de *Marketing Social*.

Identificação de factores que influenciam a adopção do comportamento

Antes de realizar o posicionamento e de estabelecer as estratégias de *Marketing Mix* para a campanha, é mister que o profissional de M.S. despenda tempo, esforço e recursos para perceber o que é que afecta os comportamentos e as preferências do público-alvo. Neste ponto, é necessário identificar **barreiras, benefícios, adversários e influências**. As barreiras são as razões, reais ou sentidas, pelas quais o público-alvo poderá não se envolver no objectivo a ser promovido; os adversários são quaisquer comportamentos ou atitudes (ou organizações que os promovam) em que a audiência está envolvida, ou prefere, ao invés daqueles que estão a ser promovidos. As influências podem ser quaisquer figuras importantes que interfiram nas atitudes ou no comportamento do público-alvo.

²⁵ O termo “espaço público” aqui utilizado é conforme à definição de HABERMAS (1992:401): “Nas sociedades complexas, o espaço público constitui uma estrutura intermediária que medeia, por um lado, o sistema político, e, por outro, os sectores privados da vida prática e os sistemas de acção especificados funcionalmente. É um tecido de uma grande complexidade, que se ramifica numa multiplicidade de arenas que se sobrepõem, tanto internacionais, como nacionais, regionais, municipais ou subculturais; articulado, no fundo, conforme a pontos de vista funcionais, a temas centrais, a sectores políticos, etc., e geradores de espaços públicos mais ou menos especializados, mas acessíveis a um público profano (...); diferenciado em níveis que variam em função da densidade da comunicação, da complexidade da organização e da amplitude do raio de acção (...)” *Trad. nossa*.

Elaborar uma frase de posicionamento

A frase de posicionamento descreve aquilo que o **público-alvo deve sentir e pensar acerca do comportamento-alvo** e os seus benefícios associados. A frase de posicionamento, em conjunto com a identidade da marca, inspira-se na descrição do público-alvo, das suas barreiras, adversários e influências. É um factor de diferenciação face a comportamentos alternativos ou preferíveis. Um posicionamento eficaz guiará o desenvolvimento de estratégias de *Marketing Mix*, garantindo que a oferta de numa campanha de *Marketing Social* ocupará um lugar distintivo na mente do público-alvo.

Desenvolver estratégias de *Marketing Mix*: os 4 P's

Os princípios-chave adoptados do *Marketing Tradicional* são os denominados 4 P's:

- **Produto:** uma campanha de *Marketing Social* principia por uma descrição clara do produto, subdividido em três categorias. O produto principal corresponde aos benefícios que o público-alvo vai experienciar ou esperar pela realização do comportamento, pela adopção da atitude, ou pela integração na discussão, no espaço público; o produto real corresponde ao comportamento ou atitude desejados, descrito em termos específicos. Por fim, o produto aumentado refere-se a objectos tangíveis adicionais e/ou serviços que serão incluídos na oferta e promovidos ao mercado-alvo.
- **Preço:** A estratégia relacionada com o preço calcula o custo, para o público-alvo, da adopção do comportamento (ou atitude) que desencadeará os benefícios prometidos. Embora esse custo possa corresponder a um valor monetário, o mais comum é que se apresente em termos de tempo, esforço e energia psicológicos e/ou físicos. Pretende-se uma estratégia de preço que minimize o custo despendido, ao maximizar os incentivos (monetários e não-monetários) que recompensem os comportamentos desejados ou que desincentivem comportamentos concorrentes indesejáveis.
- **Distribuição:** A distribuição (do original *place*) corresponde ao "onde" e ao "quando" vai o público-alvo ser encorajado a realizar o comportamento desejado, dar voz a determinada atitude e/ou obter os produtos tangíveis ou serviços associados à campanha. À semelhança do que sucede no *Marketing Comercial*, a "distribuição" pode ser o sistema de entrega ou os canais de distribuição para uma campanha de *Marketing Social*. Será necessário que se estabeleçam

estratégias relacionadas com a gestão desse sistema, ou dos canais utilizados, para assegurar que esses aspectos são tão convenientes e agradáveis quanto possível, aos olhos de quem pretende envolver-se no comportamento-alvo e ter acesso aos produtos e serviços associados.

- **Promoção:** A informação sobre os benefícios e características do produto precisa de ser veiculada por acções de comunicação eficientes. Principia pela determinação das mensagens-chave o desenvolvimento de tais acções, seguindo-se a selecção dos portadores, dos canais e formatos da comunicação; num terceiro momento, são criados elementos de comunicação e, numa fase final, implementadas as acções de comunicação. É muito importante que as mensagens-chave estejam alinhadas com os objectivos de *Marketing*, pois determinam o que a campanha pretende que a audiência saiba, acredite e faça. Informação sobre quais são as barreiras, benefícios, oponentes e influenciadores ajudarão a definir o conteúdo das mensagens. Os portadores das mensagens são aqueles que as entregam; credibilidade, especialidade na matéria e atractividade são factores a ter em consideração na escolha de quais os portadores mais adequados.

A propagação das mensagens é realizada através de vários canais de comunicação, tais como: *media*, publicidade, relações públicas, eventos, patrocínios, venda presencial e comunicação "boca-a-boca". Os canais de *media* podem ser *online* ou *offline*, ou ambos. Os *media online* vão desde o *e-mail*, aos *web sites*, *blogs*, *podcasts*, *tweets*, *smartphones*, entre outros. Os *media offline* são constituídos pelos jornais, revistas, rádio e televisão, bem como painéis *outdoor*, painéis em veículos (autocarros, táxis, metro), correio e quiosques. Devido à velocidade com que a revolução tecnológica opera, hoje em dia é ténue a linha entre o *offline* e o *online*; por exemplo, a televisão tanto pode ser *online* como *offline*. Do mesmo modo, cada vez mais jornais e revistas apostam no formato *online* como complemento e/ou opção ao formato em papel.

Esboçar um plano para monitorizar e avaliar

Uma avaliação denominada “formativa” vai sendo realizada durante todo o processo de elaboração da campanha²⁶. O processo de avaliação formativa surge de início, sob a forma de informação quantitativa e qualitativa sobre a questão a ser estudada. Essa informação, por sua vez,

²⁶ Para GREEN (2005: *Gl.4*) a avaliação formativa é “uma combinação de medidores obtidos e juízos feitos antes e durante a implementação dos materiais, métodos, actividades e programas, para descobrir, predizer, controlar, assegurar ou melhorar a qualidade do seu desempenho ou entrega”.

permite o estabelecimento de prioridades e objectivos relativos ao programa a ser implementado. Ao longo do desenvolvimento do plano de M.S., a informação vai sendo actualizada, aperfeiçoando o rigor com que os objectivos vão sendo delineados.

O processo de desenvolvimento da campanha principia a sua finalização no momento da monitorização. A monitorização é uma medida conduzida algum tempo após o lançamento da nova campanha, mas antes que a mesma esteja finalizada. Tem como objectivo determinar se, a meio da elaboração da campanha, algumas correcções serão necessárias para a obtenção dos objectivos de *Marketing*. A realização de um pré-teste é uma medida eficaz de monitorização, porquanto tem o propósito de testar as ideias e os projectos de intervenção, em relação à sua exequibilidade, aceitação e adequação à situação em tempo real, antes de se comprometerem essas ideias e projectos à integração no plano final do programa a executar. No pré-teste, as ideias ou projectos de intervenção são apresentados a amostras de indivíduos identificados com as características do público-alvo, para ser avaliado se a exequibilidade e aceitação se verificam junto da população, ou no contexto em que o programa é implementado. O pré-teste não deve, porém, ser considerado como um teste à eficácia da intervenção em relação a resultados especificados nos objectivos; esse teste surgirá em fases mais tardias, na avaliação do programa, depois da sua implementação e ponderação dos resultados.

A avaliação corresponde, então, ao cálculo e ao relatório final, o qual, por sua vez, engloba todas as actividades da campanha. A avaliação é realizada tendo em conta as actividades que foram programadas; as respostas do público-alvo e correspondentes mudanças em termos de conhecimentos, crenças e comportamentos; o impacto do plano, verificado, por exemplo, em aspectos quantificáveis, como a redução da obesidade resultante de um aumento na compra de comida saudável, o qual, por sua vez, se deveu a uma campanha de *Marketing Social*.

Estabelecer o orçamento e encontrar fontes de financiamento

O orçamento para uma campanha de *Marketing Social* reflecte os custos do seu desenvolvimento e implementação, que incluem aqueles que estão associados à estratégia de *Marketing Mix* e os custos antecipados pensados para a monitorização e avaliação. Quando o orçamento inicial estabelecido excede os fundos disponíveis, é necessário que se encontrem alternativas viáveis, tais como conseguir fundos adicionais, ajustar as fases da campanha (para que os custos se diluam, ao serem dispensados ao longo de um maior período de tempo), redefinir públicos-alvo, rever e/ou reduzir os objectivos de alteração de comportamento ou atitudes almejados.

Completar o plano para a implementação e gestão da campanha

Nesta última fase, estabelece-se especificamente quem irá realizar o quê, quando, e com que recursos. Pretende-se transformar estratégias de *Marketing* em acções específicas para aqueles que estão envolvidos na campanha. Funciona como o documento de trabalho conciso para partilhar e acompanhar os esforços planeados. Então, num certo sentido, esta é a etapa do planeamento que corresponde ao plano de *Marketing* “real”, sendo que se estabelece formalmente através de um documento autónomo, partilhado internamente.

4. Caracterização Global da Epidemia

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é uma doença que ataca o sistema imunitário, sendo responsável pela sua debilitação. O VIH é um vírus pertencente à classe dos retrovírus, *i.e.*, vírus cujo património genético é constituído por ARN (ácido ribonucleico) que é transformado em ADN (ácido desoxirribonucleico). Esta transformação permite integrar o seu material genético na célula e replicar-se quando esta activa o seu próprio ADN. Uma vez que o vírus destrói e enfraquece a função das células imunes, os indivíduos infectados tornam-se gradualmente imunodeficientes, podendo, em última instância, haver um colapso do sistema imunitário. O VIH pode ser transmitido através da troca de uma variedade de fluidos corporais de indivíduos infectados, tais como o sangue, o leite materno, o sêmen e as secreções vaginais. Constata-se que, a nível mundial, o contacto sexual é o meio através do qual a infecção mais frequentemente se propaga²⁷, embora este meio de transmissão, comparado com o contágio por via sanguínea, represente um risco baixo de transmissão.

Segundo dados da OMS, em 2014, a nível global, cerca de 2 milhões de pessoas foram infectadas com o VIH²⁸. Dados de 2014 indicam-nos que, em todo o mundo, 36,9 milhões de pessoas vivem com o VIH²⁹. A grande maioria delas reside em países de baixo e médio rendimento, sobretudo em regiões da África subsariana.³⁰ Já nos países desenvolvidos, a infecção concentra-se particularmente em focos populacionais económica e socialmente desfavorecidos.

A associação entre o risco de contracção da infecção e a existência de uma conjuntura socioeconómica desfavorável faz que certos grupos populacionais sejam mais propensos à

²⁷http://www.who.int/hiv/about/hiv/en/fact_sheet_hiv.htm (consultado a 08/05/2015).

²⁸ http://www.who.int/hiv/data/epi_core_july2015.png?ua=1 (consultado a 08/05/2015).

²⁹ <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet> (consultado a 08/05/2015).

³⁰ <https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/global-statistics/> (consultado a 08/05/2015).

disseminação da epidemia. São eles os migrantes, os reclusos, os utilizadores de drogas injectáveis, os trabalhadores de sexo, homens que têm sexo com homens, indivíduos transgénero, crianças e mulheres grávidas que vivem com VIH, pessoas deslocadas, e indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos. Algumas categorias estão interligadas, como sucede frequentemente com os trabalhadores do sexo e os utilizadores de drogas. A fragilidade derivada da inserção de um indivíduo num contexto socio-económico adverso afecta factores relacionados com a prevenção e o tratamento da infecção; fragilidade que não é apenas social, como também psicológica, sendo impossível dissociarem-se os dois aspectos.

4.1. Condições propícias a uma maior vulnerabilidade à infecção

São plurais as razões que nos levam a classificar de “adversa” determinada conjuntura sócio-económica. De entre essas razões, as principais, ou seja, aquelas que têm maior ocorrência a global são: estigma e discriminação face às pessoas que contraem a epidemia; desigualdades de género e violência associada; escassez de recursos, que inviabiliza o acesso à educação e a aquisição de métodos contraceptivos; barreiras linguísticas, que impedem o acesso à informação e aos materiais de prevenção, em comunidades migrantes; insuficiente resposta, por parte dos cuidados de saúde, em fornecer tratamento à globalidade da população infectada.

Aproximadamente 1,2 milhões de pessoas morreram de causas associadas ao vírus³¹. A SIDA é, depois da tuberculose (que frequentemente lhe está associada), a doença infecciosa que mais mortalidade causa a nível mundial,³². Permanece por ser encontrada a cura para a doença, não obstante os avanços científicos, na área da Medicina, que permitiram a melhoria do estado de saúde das pessoas que vivem com o vírus do VIH e com a SIDA, nomeadamente o recurso à terapêutica antiretroviral combinada (TARc). Mas, ainda que a implementação desta terapêutica tenha representado um avanço no controlo do vírus e na supressão da carga viral do mesmo, um grande número de pessoas infectadas, a nível mundial, não se encontra a receber tratamento. Assim, apesar de, em Junho de 2015, 15,8 milhões de pessoas que vivem com o VIH estarem já medicadas³³, e de isso representar um aumento de 2,2 milhões de pessoas desde 2014, ainda existem cerca de 21 milhões de pessoas que não beneficiam de auxílio médico.

³¹ <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet> (consultado em 30/05/2015).

³² <https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/global-statistics/> (consultado em 30/05/2015).

³³ <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet> (consultado em 01/10/2015).

4.2. Planos globais para a erradicação da doença

Devido às razões apresentadas, o combate à infecção é considerado internacionalmente (pelo Conselho de Segurança da ONU) como um dos maiores desafios ao progresso e estabilidade das sociedades, requerendo uma resposta excepcional por parte das mesmas. Foi também com base nestes aspectos que a ONUSIDA delineou, de 2011 a 2015, a estratégia “Zero”, que se propôs alcançar zero novas infecções, zero mortes associadas à SIDA e zero discriminação.

A estratégia delineada pela ONUSIDA, através da Declaração Política de 2011 das Nações Unidas, foi controlada através dos relatórios de 2012 e 2013,³⁴ com o contributo que a ONUSIDA recebeu dos 126 dos 193 Estados-Membros. Os resultados apresentados levaram a que, em Dezembro de 2013, o Conselho de Coordenação do Programa ONUSIDA estabelecesse novas metas para um horizonte temporal alargado, tendo como ponto de referência o ano de 2020. Ao redefinir a visão “zero”, estas metas tinham o objectivo de acelerar o processo em direcção ao extermínio da infecção³⁵.

Os objectivos projectados almejam que, em 2020, 90% das pessoas que vivem com o VIH tenham conhecimento do seu estatuto sorológico; que 90% das pessoas diagnosticadas com o vírus recebam a terapêutica antiretroviral de forma continuada; e que 90% das pessoas que estão a receber a terapêutica antiretroviral tenham uma supressão da carga viral. No relatório *Ending Aids by 2030*, as metas de 2020 são perspectivadas para 2030. Assim, se forem cumpridas, prevê-se que em 2030 os 90% atinjam os 95%, e que os 500 000 casos previstos para 2020 atinjam os 200 000 em 2030, colocando a epidemia a tender para a diminuição.

Para que essa tendência se verifique, é necessário que se acelere o processo de resposta à infecção, pois se o nível dos serviços de tratamento e prevenção se mantiver, a tendência crescente da epidemia será recuperada³⁶.

As metas delimitadas pela ONUSIDA vão, assim, sendo revistas e modificadas, de acordo com as características que a infecção vai assumindo, por sua vez determinadas pela actuação dos estados-membros. Por isso, é de fulcral importância que os objectivos da ONUSIDA sejam consentâneos com o plano das organizações estatais para que, em conjunto, o esforço para a eliminação da doença seja eficaz, primeiro, a nível local, repercutindo-se depois globalmente.

³⁴UNAIDS (2013b); UNAIDS (2012b).

³⁵UNAIDS (2014b): 11.

³⁶*Idem*: 14.

5. O VIH/SIDA em Portugal

Em 2013, havia, em Portugal, um total de 48 657 casos de infecção por VIH (*vide* ANEXO 3). Em comparação com a informação reportada pela Europa Ocidental, os valores do caso português representativos do número de novas infecções identificadas revelam-se acima da média europeia (*vide* ANEXO 2), apesar de, desde 2000, se ter verificado um progressivo decréscimo na emergência de novos casos. Nesse ano, foram reportados 3 097 novos casos, sendo que, em 2013, esse valor é de 1 416 (ANEXO 3).

O grupo etário em que se concentram mais casos epidémicos é o dos 25-39 anos. Tem-se verificado um aumento de casos nos indivíduos de idade superior a 49 anos, correspondendo, em 2013, a perto de 30% dos casos (ANEXO 4).

No que respeita às categorias de transmissão mais afectadas, o grupo dos heterossexuais é aquele em que existe um maior número de casos (876 casos, no total de 1 416 notificados em 2013)³⁷.

Segundo o relatório *Portugal Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números 2014* (pág. 17) a transmissão através de relações heterossexuais manteve-se em cerca de 62%, ao passo que a tendência verificada, desde 2000, de aumento de casos de transmissão nos HSH estabilizou. Em 2013, verificou-se um decréscimo em todas as categorias de transmissão (ANEXO 5). No entanto, uma análise de perspectiva temporal mais ampla permite-nos concluir que, na categoria dos HSH, houve um aumento significativo ao longo dos anos (de 2012 para 2013, houve apenas menos 67 casos). A par disso, se considerarmos que a população que engloba o grupo dos HSH, ou dos migrantes, é menor do que aquela que se inclui no grupo dos heterossexuais, chegamos à conclusão de que, em proporção, estes nichos populacionais são, ainda, mais afectados do que os heterossexuais, razão pela qual devem, a par deste grupo, manter-se como prioridade no combate à infecção e ser alvo de posteriores intervenções.

A nível geográfico, a epidemia concentra-se nos grandes centros metropolitanos, sobretudo em Lisboa, Setúbal, Faro e no Porto (ANEXO 6).

Como já foi anteriormente referido, sabe-se que, internacionalmente, o VIH é uma doença que afecta aqueles que têm estatuto socioeconómico (SES) mais baixo, como os utilizadores de

³⁷Os critérios de delimitação das categorias podem suscitar algumas dúvidas, para quem empreende uma análise aprofundada das características demográficas da infecção. Considera-se que a categoria “utilizadores de drogas injectáveis” se sobrepõe às que dizem respeito à sexualidade. Adoptamos a divisão por categorias utilizada pela instituição em questão, por ser esta a fonte de dados epidemiológicos do nosso trabalho, e por não possuímos dados que nos permitam organizar as categorias de outro modo.

drogas injectáveis, os imigrantes com parcas condições de vida e outros grupos empobrecidos.³⁸ Se se verificam altos níveis de desigualdade social na região de Lisboa (ANEXO 10), isso significa uma maior precariedade nas camadas mais pobres da população, situação que potencia o risco de contrair a infecção, sendo, por isso, razoável que se aponte como justificação para a concentração da epidemia nesta região o facto de ser uma região com elevados níveis de desigualdade social.

5.1. A Estratégia Nacional Pública para cessar a existência do VIH/SIDA

A infecção por VIH/SIDA constitui uma prioridade no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, devido às características das condições de transmissão e ao carácter incurável da epidemia. O Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, da responsabilidade da DGS, corresponde à estratégia nacional que lidera o combate à infecção. Ele é herdeiro de sucessivas tentativas, ao longo do tempo, de aperfeiçoamento dessa estrutura. Datado de 1985, o Grupo de Trabalho da SIDA foi o seu projecto embrionário. O agravamento da epidemia, em 1990, conduziu à constituição da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. A mesma foi posteriormente extinta, no âmbito de uma melhor execução do Plano Nacional de Saúde 2004-2012 e integrada no Alto Comissariado da Saúde. A assimilação à DGS data de 2012, altura em que o Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA surgiu e foi enquadrado no âmbito dos oito Programas de Saúde Prioritários monitorizados pela DGS, instrumentos de aplicação do Plano Nacional de Saúde. Foi elaborado o “Programa de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016” (PN VIH/SIDA 2012-2016) e nomeado director o Dr. António Diniz. Aquando da sua criação, a Portaria nº7/2012 de 3 de Janeiro fixa as normas regulamentares necessárias à repartição das verbas dos resultados líquidos de exploração dos jogos sociais afectas ao Ministério da Saúde para o ano de 2012, concedendo 8% para a área do VIH/SIDA.

5.1.1. A Estratégia do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016

A estratégia temporalmente delimitada, até 2016, que está submetida ao plano global do Programa Prioritário de Controlo da Infecção, vai de encontro aos objectivos internacionais, nomeadamente aqueles que foram definidos pela ONUSIDA. Uma vez que a estratégia prioritária é agora a dos “90-90-90” para 2020, o Programa assumiu também como prioridade uma visão e objectivos com essa estratégia coincidentes.

³⁸PERRY (1998).

O “Programa de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016” está ancorado em três objectivos essenciais:

1. Diminuir o risco de infecção por um lado, junto da população em geral, por outro, junto das populações mais vulneráveis ao VIH/SIDA. Esse objectivo será alcançável através de uma maior consciencialização, junto da população, do risco a que está exposta, da emancipação dos indivíduos para a tomada de decisões, da veiculação de informação verídica e da promoção da realização do teste para detecção da infecção.
2. Diminuir a vulnerabilidade à infecção: reconhecendo a relação entre uma maior vulnerabilidade à infecção e a existência de condições económicas e sociais mais precárias, é necessário que o combate ao VIH/SIDA seja também um combate contra a violência e contra as desigualdades de género, favorecendo a melhoria das condições de educação.
3. Diminuir o impacto da epidemia, denunciando as situações de estigma e concedendo apoio social às pessoas que vivem com VIH, em particular na defesa da plenitude do direito ao trabalho e à procriação.³⁹.

A nível de objectivos estatisticamente verificáveis, o Programa pretende, até final de 2015:

- Reduzir, em Portugal, o número de novas infecções por VIH em 25%, o que significa passar de 1688 casos, em 2011, antes da implementação do Programa, para 1266, em 2015⁴⁰;
- Diminuir de 65% para 35% os diagnósticos tardios de infecção pelo VIH (definidos pela contagem de linfócitos T CD4⁺ inferior a 350/mm³);
- Diminuir em 50% o número de novos casos de SIDA;
- Diminuir em 50% o número de mortes por SIDA;
- Aumentar para 95% a proporção dos indivíduos que dizem usar preservativo em relações sexuais ocasionais;
- Eliminar a transmissão da infecção por VIH de mãe para filho.

³⁹ Fonte: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016. Disponível em <http://pnvihsida.dgs.pt/programa-nacional111111111/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infecao-vihsida-2012-2016111.aspx> (consultado a 01/02/2015).

⁴⁰ É importante referir que, embora o objectivo do Programa seja reduzir o número de novos casos por infecção por VIH, um possível aumento de casos não significa necessariamente que a tendência decrescente da infecção se tenha invertido. Tal deve-se ao facto de o sistema de notificação ser agora mais eficaz, devido à implementação do sistema SI.VIDA.

5.1.1.2. Enquadramento do Marketing Social no PN VIH/SIDA 2012-2016

Segundo os objectivos estabelecidos no documento descritivo do PN VIH/SIDA 2012-2016, a existência de uma estratégia actuante ao nível da prevenção é um factor fundamental para o sucesso do esforço de erradicação do VIH/SIDA. Ela passa pela promoção de medidas de prevenção primária, como a utilização do preservativo nas relações sexuais, sendo conseguida através de acções de informação, educação e comunicação dirigidas à população geral, através de agentes como os meios de comunicação social.

São diversas as metas estabelecidas pelo PN VIH/SIDA 2012-2016 nas quais a comunicação exerce um papel preponderante na consecução de objectivos. Essas metas fundamentam-se, sobretudo, em acções de consciencialização para o risco, emancipação individual para a decisão, aconselhamento e informação médica⁴¹.

Ao serem pensados à luz de técnicas de *Marketing Social*, os objectivos delineados ganham em eficácia, uma vez que são elaborados com fundamento em etapas objectivas, na quais cada meta é traçada de forma estruturada, tendo em consideração a prossecução de um objectivo final de cariz mais abrangente. É por essa razão que, a nível global, o *Marketing Social* é o meio por excelência utilizado por organizações, tais como a ONUSIDA, para combater a infecção.⁴² A implementação de técnicas de M.S. na construção de campanhas é uma forma rentável de divulgação de informação, de apelo à mudança e de distribuição de material preventivo (especialmente de preservativos), não só devido à amplitude dos seus programas, como também ao rigor de análise em que as suas intervenções se alicerçam. Uma vez que ainda não foi encontrada a cura para a doença, e que, nestas circunstâncias, a possibilidade da sua erradicação tem fundamento na alteração de comportamentos, a existência de uma estratégia eficaz que a promova revela-se essencial para o desaparecimento do VIH/SIDA. Como refere o Dr. Jonathan Man, *ex-director executivo do Programa Global para o VIH/SIDA da OMS*, “De momento, a Educação e a Comunicação são as únicas armas que nós temos contra o VIH/SIDA”⁴³. Semelhante consideração não implica, contudo, que a intervenção da Medicina seja dispensável; muito pelo contrário, é imperioso que se aliem os progressos no campo biomédico à promoção de comportamentos considerados salutareis e

⁴¹Uma análise mais específica dessas metas pode ser realizada em <http://pnvihsida.dgs.pt/programa-nacional1111111111/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infecao-vihsida-2012-2016111.aspx> (consultado a 24/4/2015).

⁴²UNAIDS (1998).

⁴³UNAIDS (2001):3.

promotores do combate à doença, pois a utilização de técnicas de Comunicação, por si só, não é suficiente para a prevenção e para o reforço de programas de cuidado e apoio⁴⁴.

6. Elaboração da campanha de prevenção para o VIH/SIDA

Exposta a pertinência de uma campanha deste teor, à luz do enquadramento dos objectivos do PN VIH/SIDA 2012-2016, elaborar-se-á um plano de campanha teórico, seguindo as etapas que compõem um plano de M.S., com base na experiência adquirida na frequência do estágio e dos dados epidemiológicos explorados e discutidos no âmbito do mesmo. Pretende-se que a instituição tenha em sua posse um plano devidamente fundamentado e estruturado, constituindo este uma ferramenta útil para intervenções futuras na área.

6.1. Definição do problema, propósito e focalização

A elaboração da campanha fundamenta-se na existência da epidemia de VIH/SIDA em Portugal, a qual, como analisado, atinge ainda uma proporção significativa da população portuguesa, sobretudo quando se comparam os valores com a média da União Europeia.

Considerando que a missão do PN VIH/SIDA 2012-2016 é “liderar a estratégia de prevenção e controlo da infecção por VIH em Portugal”, e que a prevenção para a doença é, em grande medida, uma responsabilidade das campanhas de comunicação, revela-se a existência de planos eficientes que alicercem tais campanhas um instrumento essencial no combate à infecção.

A grande percentagem de diagnósticos tardios de VIH/SIDA, em Portugal, torna necessária a promoção do teste sorológico de detecção. A escassez de campanhas focalizadas neste objectivo, associada à denominada *condom fatigue*, são, ainda, razões plausíveis para se optar pela divulgação deste comportamento preventivo. Devido aos baixos valores de literacia em saúde, e ao desconhecimento generalizado relativo a questões específicas e importantes relacionadas com o VIH/SIDA (ANEXOS 26-30), foi integrada na campanha uma vertente mais informativa, a par da direcção motivacional adoptada.

Os elevados níveis de concentração epidémica no grupo dos heterossexuais e dos indivíduos situados na faixa etária dos 25-39 anos tornam-nos alvos mais específicos da nossa campanha. O facto de não haver, desde 2007, uma campanha dedicada à população em geral com suficiente visibilidade, nos meios que maior amplitude de difusão lhe poderão conceder, a saber, os meios de

⁴⁴*Idem*: 13.

comunicação de massa, torna prioritária a elaboração de uma campanha generalista veiculada por tais meios. O público heterossexual identifica-se com um determinado discurso mediático, o qual veicula uma heterossexualidade normativa, associada a determinados estereótipos de género⁴⁵. Uma campanha que correspondesse a uma disrupção radical com esse discurso, conduziria a uma não identificação, por parte do público-alvo, com a mesma. Deverá, então, elaborar-se um plano de campanha que inverta, subtilmente, determinados preconceitos relativos, sobretudo, à sexualidade feminina.

A crescente influência que os meios digitais, como a *Internet*, tem manifestado nos comportamentos de sujeitos nesta faixa etária, torna pertinente a integração dos mesmos no plano de campanha elaborado.

O propósito específico da campanha é a reintrodução da problemática do VIH/SIDA no cuidado individual com a saúde, que se reflectirá quer no aumento de conhecimentos relativos ao VIH/SIDA, quer no aumento de frequência de realização do teste ao VIH/SIDA. Pretende-se, ainda, inculcar no entendimento da população em geral a noção de que é a realização do teste é acessível, e que deverá ser um comportamento aceite por parceiros emocionalmente relevantes para os indivíduos, sobretudo para as mulheres, alvos mais frequentes de discriminação e de discursos moralistas relativos à sexualidade.

6.2. Análise da situação

6.2.1. ANÁLISE S.W.O.T.

É importante que se analisem as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças que circunscrevem o modo de funcionamento da organização responsável pela campanha, pois estes aspectos determinam o modo como acções pontuais são empreendidas, impondo-lhes limites que amiúde constroem a plena execução prática do potencial da campanha delineado teoricamente.

⁴⁵DINES (2003).

<p>FORÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Liderança da estratégia a nível nacional, o que permite coordenar o contributo de múltiplos sectores e instituições; -Responsabilidade pela elaboração de normas clínicas; -Coordenação da atribuição de apoios financeiros a entidades privadas sem fins lucrativos⁴⁶; -Distribuição de material preventivo (preservativos, gel lubrificante, folhetos) e de testes sorológicos. 	<p>FRAQUEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Escassez de recursos humanos e impossibilidade de obtenção de recursos humanos adicionais; -Constrangimentos e obstáculos processuais internos ao Ministério da Saúde e, sobretudo existentes no relacionamento com estruturas de outros ministérios, que impedem a concretização de objectivos, como a realização de estudos e inquéritos⁴⁷; - Atraso na resposta, por parte dos organismos envolvidos, a fornecer informação relativa à infecção;
<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementação integral do sistema SI.VIDA; - Dinamização do <i>site</i> do PN SIDA e criação da página de <i>Facebook</i>; - Desenvolvimento de mais parcerias com outras estruturas governamentais e protocolos com entidades privadas, à semelhança do que ocorreu com o projecto “Namorar com <i>Fair Play</i>”; - Melhor gestão dos recursos humanos disponíveis. 	<p>AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oscilações no orçamento disponível anualmente; -Divergências de pontos de vista, em relação às perspectivas das organizações da Sociedade Civil.

6.2.2. Análise de campanhas de prevenção para o VIH/SIDA em Portugal

As primeiras campanhas de prevenção para o VIH/SIDA realizadas em Portugal, pensadas para os meios de comunicação de massa, da responsabilidade da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, datam dos anos 90. Centram-se, sobretudo, na necessidade de utilização do preservativo em diversas circunstâncias: em situações comuns do quotidiano⁴⁸; com o início da actividade sexual⁴⁹; no início de uma relação⁵⁰; em relacionamentos ocorridos em simultâneo.⁵¹ Nestas campanhas, foram também abordadas questões como a discriminação⁵², ou outras relacionadas com

⁴⁶Conforme indicado na Portaria 258/2013, de 13 de Agosto.

⁴⁷Em 2014 ficaram por realizar o *Inquérito Nacional sobre Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos face ao VIH/SIDA na população geral*, o estudo *Infecção VIH/SIDA entre homens que fazem sexo com homens (HSH): factores de risco e novas trajetórias de seropositividade*. (fonte: DGS, Relatório de Actividades 2014).

⁴⁸<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/122/>; <http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/74/> (consultado a 05/06/2015).

⁴⁹<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/44/> (consultado a 05/06/2015).

⁵⁰<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/41/> (consultado a 05/06/2015).

⁵¹<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/39/> (consultado a 05/06/2015).

⁵²<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/63/>; <http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/45/> (consultado a 05/06/2015).

preconceitos ligados à doença, como a associação à homossexualidade, à utilização de drogas⁵³, ou a avaliação do risco com base no aspecto físico⁵⁴. A Associação ABRAÇO realizou, também nos anos 90, um conjunto de campanhas de prevenção⁵⁵ que recorriam a diversas técnicas, nomeadamente o humor.⁵⁶

Inicialmente, a associação do VIH/SIDA à morte foi explorada no âmbito da sensibilização para a infecção⁵⁷, o que deve a sua justificação ao facto de o início da epidemia estar associada à morte de diversas figuras públicas, tanto a nível nacional (António Variações), como internacional (Freddie Mercury).

A evolução das campanhas perpetuou a sensibilização para o combate à discriminação.⁵⁸ Desde o aparecimento da doença em Portugal, associações como a ABRAÇO têm-se mantido activas no esforço de prevenção, materializado em diversas campanhas. Para dar alguns exemplos, atentemos nas iniciativas levadas a cabo em festas universitárias, como a queima das fitas do Porto, onde a ABRAÇO tem marcado presença assídua desde 2006, ou a “Mega Festa do Caloiro”, em 2015, realizada em Lisboa; a iniciativa “Toca a Todos”, que, em 2014, desafiou as pessoas, através do *Facebook*, a tirar fotografias que revelassem diferenças em relacionamentos, como forma de combater a discriminação; a campanha “Combate o estigma com um abraço”, de 2009, na qual o apelo à participação das pessoas, através do envio de uma fotografia ou de um conto ficcional sobre a discriminação e o VIH, pretendia combater, precisamente, comportamentos discriminatórios; a campanha “Este Verão não te esqueças do protetor!”, realizada junto às praias, em Lisboa, no Porto e no Algarve, que incitava à utilização do preservativo.

Os últimos *spots* televisivos destinados aos meios de comunicação de massa (nomeadamente, à televisão) foram empreendidos pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Para além de se dirigirem à população geral⁵⁹, as campanhas foram alvo de uma segmentação específica, direccionadas a grupos de populações vulneráveis, como homens que têm sexo com outros homens (HSH)⁶⁰, ou trabalhadores de sexo⁶¹. De facto, a Coordenação Nacional

⁵³<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/38/> (consultado a 05/06/2015).

⁵⁴<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/42/> (consultado a 05/06/2015).

⁵⁵<https://www.youtube.com/watch?v=QrXo3DKxhIU> (consultado a 05/06/2015).

⁵⁶<https://www.youtube.com/watch?v=vJotOdxBBBU> (consultado a 05/06/2015).

⁵⁷<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/58/>; <http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/85/> (consultado a 05/06/2015).

⁵⁸<https://www.youtube.com/watch?v=mnb9eBYNzjY> (consultado a 05/06/2015).

⁵⁹<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/33/> (consultado a 05/06/2015).

⁶⁰<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/30/>; <http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/31/> (consultado a 05/06/2015).

⁶¹<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/36/> (consultado a 05/06/2015).

para a Infecção VIH/SIDA desempenhou um importante papel no esforço de prevenção, ao desenvolver diversas iniciativas cujo sucesso foi ditado pela amplitude da divulgação mediática.

No questionário levado a cabo no âmbito do presente estágio, verificou-se que, quando interrogados sobre uma eventual recordação de campanhas anteriores de prevenção para o VIH/SIDA, a maior parte dos inquiridos recorda-se, vagamente, de anúncios na televisão. Reduzido é o número de respondentes que se recorda, em específico, de alguma campanha (ANEXO 31).

Não obstante o número considerável de campanhas elaboradas, aquelas que se destinaram à realização do teste foram, ao longo dos anos, escassas, em comparação às que incitavam à utilização do preservativo. Inicialmente, exortava-se à realização do teste em situações de gravidez⁶², tendo havido apenas uma, por parte da Coordenação, que se concentrou na realização do teste⁶³.

A acção do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA no que concerne à elaboração de campanhas preventivas tem sido, senão inferior, pelo menos de menor visibilidade. Para além disso, é impossível realizar uma comparação adequada e justa entre os dois organismos, uma vez que o Programa tem uma breve existência, comparada com a da Coordenação. O Programa apostou na promoção do teste, em 2013 e 2014, através de um anúncio presente na rede Multibanco, num período de seis dias, que coincidiu com o Dia Mundial da Luta Contra a SIDA. Esta iniciativa estava, inicialmente, enquadrada na campanha “VIH/SIDA em Portugal – 30 anos: reflectir e agir”, que pretendeu assinalar os trinta anos de existência do VIH/SIDA em Portugal, através de um conjunto de iniciativas, das quais se destacam: eventos dirigidos à população geral (distribuição de materiais preventivos na corrida *Beach Run* Matosinhos; participação na caminhada “Marginal a Passo de Corrida”, em Carcavelos; exposição, no CCB, intitulada “VIH/SIDA na Imprensa”). Contou também com um evento direccionado para a população mais jovem, intitulado “DJ's contra a SIDA”, que teve lugar na discoteca *Urban Beach*; com diversos encontros (dos quais se destacam a conferência “VIH: Acabar com o Estigma”, a conferência “Encontros (In)Seguros” e a conferência “VIH-2: o vírus esquecido”). Esta campanha foi também composta por uma parceria com a RTP, que consistiu na realização, produção e emissão de uma série de trinta episódios de um microprograma com depoimentos de indivíduos infectados com o vírus e seus familiares, profissionais de saúde e futebolistas. A parceria foi ainda marcada pelo contributo dos jogadores das equipas que participaram na 11ª Jornada ZON/SAGRES (29 e 30 de Novembro e 1 de Dezembro de 2013), os quais entraram em campo envergando camisolas alusivas aos 30 anos de existência do VIH/SIDA.

⁶²<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/68/>; <http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/73/> (consultado a 05/06/2015).

⁶³<http://www.videos.dgs.pt/campanhas/4/36/> (consultado a 05/06/2015).

No âmbito desta campanha, o Dia do Preservativo foi uma data particularmente oportuna, uma vez que serviu de pretexto para o reforço das acções de sensibilização. Assim, por esta ocasião, teve lugar uma Palestra de informação e Sensibilização para a importância do uso do preservativo, na Escola Secundária Maria Amália Vaz de Carvalho, que contou com a presença de algumas figuras públicas e de autoridade na matéria (médicos) cuja presença teve o objectivo de causar impacto junto do público-alvo (jovens); foram distribuídos preservativos e material informativo junto à Assembleia da República; teve lugar um debate na *Fnac* do Centro Comercial *Alegro*, em Alfragide.

Embora esta campanha tenha sido benéfica no esforço de prevenção, deveremos questionar-nos sobre a sua real eficácia. No plano estratégico de acção e comunicação da campanha, elaborado pela agência “Companhia de Ideias” justifica-se a pluralidade de iniciativas distintas pela tentativa de chegar a vários grupos distintos (médicos, jovens, doentes, pessoas que possam estar em risco, associações, etc.), e porque “é muito diferente falar a uma só voz do que falar de forma dividida”. Esta justificação faria sentido, caso a campanha tivesse realmente conseguido a visibilidade pretendida (só 4 dos 230 inquiridos no presente inquérito é que a mencionam especificamente, quando questionados sobre a recordação de campanhas passadas, e só 637 pessoas é que aprovaram a campanha na rede social *Facebook*⁶⁴). A ramificação de uma campanha em actividades pontuais, de menor difusão, que visem a população geral só deve ser considerada, se estiver assegurada uma consciencialização global para uma determinada problemática; é infrutífera nos casos em que essa consciencialização, devido à ausência de acções de sensibilização eficazes, se encontra diluída na memória da maior parte das pessoas. Mais proveitoso teria sido um maior realce nos meios de comunicação de massa, durante um período mais extenso de tempo.

A utilização de testemunhos ligados, de alguma forma, ao VIH/SIDA, foi um esforço benéfico para a sensibilização de extenso impacto. Não foi, porém, suficiente para fazer surtir um impacto significativo, ao nível da consciencialização para o risco, que se traduzisse numa mudança efectiva de comportamentos.

Por outro lado, a presença de especialistas poderia ter sido aproveitada para difundir conhecimento mais específico sobre a infecção, e não apenas para dar a conhecer questões de cunho mais geral, das quais a maior parte das pessoas tem conhecimento, como o facto de o VIH não ser transmitido através de um beijo ou de um abraço, ou a necessidade de ser realizado o teste sorológico de detecção. Perante o carácter fragmentário dos conhecimentos da população (não só

⁶⁴ <https://www.facebook.com/30anosvih/?fref=ts> (consultado a 30/08/2015).

em relação ao VIH/SIDA, como também em relação à saúde, na generalidade⁶⁵), teria sido útil que os canais de comunicação utilizados fossem aproveitados para veicular informação ainda desconhecida para a população, como a maior vulnerabilidade do sexo feminino à infecção, a existência de um “período de janela” durante o qual a infecção não é detectada, ou a existência da profilaxia pós-exposição, passível de ser ministrada até 72 horas após suspeita de contágio. Para além da falta de visibilidade efectiva, considerámos todos os eventos (à excepção da acção realizada na Escola Secundária Maria Amália Vaz de Carvalho) um pouco desadequados à séria necessidade de sensibilização. Para que a população pudesse dar a devida atenção ao material preventivo distribuído na caminhada, teria sido necessário um ambiente mais organizado e tranquilo. Desse modo, estaria assegurada a correcta transmissão e explicação da informação, por parte dos responsáveis pela sua divulgação. Do mesmo modo, a escolha da discoteca *Urban Beach* não foi a opção mais adequada para a transmissão de informação sobre o VIH/SIDA, e as conferências que focaram a discussão de informação conglomeraram, sobretudo, pessoas que já estavam em contacto com a doença, tendo pouco interesse para a população geral. Não excluindo a possibilidade de serem integrados, na campanha, eventos de índole mais comemorativa, nos quais o evento realizado no *Urban Beach* pudesse ser incluído, não são eventos de tal ordem prioritários, quando comparados com a premência de sensibilizar a população de uma forma mais informativa, e menos lúdica.

6.3. Selecção do público-alvo

Apesar da inquestionável necessidade de ser realizada uma intervenção nos grupos mais vulneráveis, optámos por elaborar um plano de campanha focalizado na população em geral. Semelhante direccionamento revela-se-nos mais sensato, uma vez que alguns estudos apontam para uma maior adesão ao teste voluntário por parte de indivíduos considerados “em risco”, do que por parte da população em geral.⁶⁶ A escassez de estudos direccionados à alteração de atitudes e comportamentos de grupos considerados “de baixo risco”, mas que são, potencialmente “de alto risco”, como é o caso dos jovens adultos heterossexuais, foi também um aspecto que fundamentou o direccionamento da nossa campanha.⁶⁷

⁶⁵ ANEXOS 26-29; ENSP (2014).

⁶⁶ HARDY (1990):588; JEANNIN (1998):295.

⁶⁷ CHAVES (2013):123.

O VIH/SIDA está associado a práticas sexuais consideradas “desviantes” e a comportamentos aditivos, nomeadamente, o consumo de drogas intra-venosas⁶⁸. Por essa razão, quem a contrai corre o risco de ser discriminado e julgado moralmente. É necessária uma estratégia que simultaneamente alerte para a possibilidade de a doença, directa ou indirectamente, poder afectar toda a população e que reduza o preconceito e o estigma. Uma campanha centrada no público em geral contribui para semelhantes propósitos, na medida em que, ao fazer do VIH/SIDA um “problema de todos”, reduz a diferença entendida entre o “eu” e o “eles” e os julgamentos morais a essa diferença associados⁶⁹.

Por outro lado, o baixo nível de conhecimentos da generalidade da população (independentemente da idade, sexo ou habilitações literárias⁷⁰), a despreocupação e a irrelevância atribuída à problemática do VIH/SIDA tornam premente uma actuação que possa colmatar, em primeiro lugar, estes aspectos, com impacto no maior número de pessoas possível.

Para além das razões enumeradas, salientamos também o facto de o último relatório descritivo das características da doença em Portugal situar a transmissão por via heterossexual nos 62%. Tendo em conta que esta é uma elevada taxa de transmissão, e que a maior parte da população portuguesa se enquadra nesta categoria, a prioridade é elaborar, então, uma campanha que se lhes dirija. A ausência de campanhas com suficiente impacto, focalizadas no público generalista, justifica o carácter peremptório de uma intervenção semelhante à que nos propomos empreender.

Elegemos, ainda, um nicho de actuação prioritária, no interior da segmentação apresentada. Deste modo, na categoria de sub-grupo figuram os jovens adultos, já que é, em particular, na faixa etária dos 25 aos 39 anos que existe um maior número de casos de infecção. Ainda dentro deste grupo, estreitámos um pouco a segmentação para indivíduos entre os 25-35 anos. Na perspectiva de Chaves (2010:83), “a segunda década da vida é um período de experimentação e risco, e muitos factores aumentam a vulnerabilidade do jovem ao VIH durante esses anos de rápido desenvolvimento físico e psico-social. Esses factores incluem a falta de conhecimento sobre VIH/SIDA, falta de educação e *life skills*, deficiente acesso a serviços de saúde e iniciação sexual, entre outros”.

Uma parte da campanha será ainda dirigida a jovens que têm um relacionamento afectivo estável, ou com perspectivas de o conseguir, por se considerar que é durante o início da idade adulta

⁶⁸SONNTAG (1988): 24.

⁶⁹*Idem*: 64-5.

⁷⁰*Vide* ANEXOS, “Gráficos e tabelas referentes ao questionário realizado”.

que os indivíduos procuram experienciar um relacionamento nessas condições⁷¹. Para Erikson, a tarefa principal do jovem adulto é o desenvolvimento de relacionamentos íntimos⁷². Segundo o autor, a intimidade, caracterizadora do estágio de desenvolvimento relacionado com o estabelecimento de uma relação sexual, principal e exclusiva, é definida como um sentimento de abertura emocional, confiança e autêntica inter-dependência⁷³. Não sendo nosso propósito determo-nos na discussão da definição do conceito, entendido, na área da Psicologia, de múltiplas formas⁷⁴, assumimos esta, em particular, uma vez que os seus pressupostos vão de encontro às expectativas emocionais expressas pela maioria dos indivíduos na faixa etária em questão⁷⁵.

Com frequência, ao estabelecimento de uma relação estável associa-se a uma diminuição de comportamentos preventivos⁷⁶, sobretudo da utilização do preservativo nos jovens desta faixa etária⁷⁷, razão pela qual se conclui essencial uma actuação neste grupo. Associado ao estabelecimento de uma relação estável, encontra-se um grupo de falsas crenças que fazem depender da ideia de uma relação (pretensamente) monogâmica, a ideia de sexo seguro. Amiúde, neste contexto, o preservativo deixa de ser utilizado sem que seja realizado o teste de detecção ao VIH/SIDA⁷⁸, o que sucede porque a necessidade de realizar o teste surge como ideia contrária ao romantismo expectante do casal e porque, para além de confiarem em sentimentos de afecto e proximidade característicos de um relacionamento desta índole, os indivíduos baseiam-se ainda na aparência física ou em traços de personalidade como critérios de avaliação do estatuto sorológico⁷⁹.

6.4. Definição de objectivos e metas de *Marketing*

Esta campanha pretende, especificamente, a obtenção de um aumento no número de testes de detecção ao VIH/SIDA na globalidade da população, no período de um ano a partir do momento

⁷¹MATOS (2011):30; ABOIM (2012): 102.

⁷²“Assim, o jovem adulto, ao emergir da procura e da insistência na identidade, está ansioso e disposto a fundir a sua identidade com a dos outros. Ele está pronto para a intimidade, que é a capacidade para se comprometer com relações concretas e a desenvolver a força ética para cumprir tais compromissos, ainda que eles possam pedir grandes sacrifícios e transigências.” (1965:255). *Trad.* nossa.

⁷³REIS (2006): 295.

⁷⁴Para uma reflexão sobre a evolução do conceito, *vide* REIS (2006), PRAGER (2010) e MOSS (1993).

⁷⁵COLLINS (2006): 199; ZEIFMAN (1997):183; OLEIRO (2011).

⁷⁶CNLCS (2004):14.

⁷⁷REIS (2012):109.

⁷⁸ALVAREZ (2004): 97.

⁷⁹ALVAREZ (2004):88.

em que a campanha seja lançada. Os benefícios biomédicos e sociais associados à realização do teste de detecção são enumerados pela organização Mundial de Saúde, sendo o aumento do acesso ao mesmo uma prioridade da instituição, no que concerne à concretização dos seus objectivos⁸⁰.

A focalização na realização do teste enquanto acção prioritária deve-se também ao facto de, em Portugal, aproximadamente 58% dos doentes diagnosticados encontrar-se já em fase tardia, e de ser prioritário atenuarem-se os valores referentes a este indicador, como afirmou o director do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA⁸¹. Estes valores levaram também a que o Programa de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016 definisse como um dos seus objectivos específicos a redução de 65% para 35% os diagnósticos tardios de infecção, e assim justificasse a elaboração de uma campanha que confluísse para a concretização desta meta.

Segundo dados obtidos através do Relatório de Actividades 2014 do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, foram realizados, no total, 22 822 testes rápidos de pesquisa de anticorpos anti-VIH1 e anti-VIH2, sendo que, desses, 3 860 foram realizados em contexto de prestação de cuidados de Saúde primários; 15 989 ocorreram nos CAD de território nacional, e 2 973 sucederam no âmbito de projectos financiados pelo Programa. Tomando em consideração estes valores, a presente campanha estabelece como objectivo um aumento de 60% da totalidade de testes de despistagem realizados, sendo que o foco principal do aumento pretendido se concentra nos CAD, uma vez que estas são unidades médicas especificamente destinadas à detecção, nas quais o utente beneficia de gratuidade e anonimato. Pretende-se que a parcela correspondente aos testes efectuados nos CAD aumente em 80%, o que será equivalente a cerca de 79% do total almejado (28 780 de 36 515).

Embora fosse relevante que o objectivo delineado visasse a redução dos diagnósticos tardios (uma vez que esse é um dos objectivos gerais do PN SIDA), a presente e natural imperfeição do sistema SI.VIDA, dada a sua recente implementação, faz que estejam a ser ainda notificados casos de anos anteriores que falseiam o número real de diagnósticos recentes. Assim sendo, já que a quantificação dos testes realizados é um aspecto mais objectivamente mensurável, será prudente que estabeleçamos objectivos baseados nos seus valores.

Não obstante ser a utilização do preservativo o meio mais eficaz de prevenção da doença, a existência, hoje em dia, da saturação de apelos à utilização do preservativo – a denominada *condom fatigue* – constitui a razão principal para que nos foquemos, antes, no apelo à realização do teste

⁸⁰<http://www.who.int/hiv/mediacentre/news/test4hiv/en/> (consultado a 20/07/2015)

⁸¹<http://visao.sapo.pt/o-teste-de-sida-tem-de-estar-na-cabeca-dos-medicos-de-familia=f803735> (consultado a 20/07/2015).

sorológico. Enumeraremos, ainda, outros motivos justificadores de um afastamento desta abordagem.

Actualmente, a consciência da necessidade de utilização do preservativo é generalizada; o que significa que poucas pessoas desconhecem que, em termos genéricos, o preservativo previne as IST's. Esse conhecimento, por sua vez, não se traduz necessariamente na prática deste comportamento preventivo. Em toda a literatura analisada, os níveis de utilização do preservativo em diversos grupos populacionais são, efectivamente, baixos⁸²; ligeiramente superiores são as taxas de utilização do preservativo em relações ocasionais não atingindo, contudo, valores significativos. São complexas e variadas as razões pelas quais as pessoas não utilizam o preservativo⁸³. Semelhante complexidade, deve-se, em primeiro lugar, ao facto de as significações sexuais não serem “absolutos universais, mas categorias ambíguas e problemáticas”⁸⁴; o que não significa que sejam totalmente ininteligíveis, mas que a sua compreensão exige uma investigação mais complexa e demorada do que aquela que é realizada comumente nas intervenções na área da prevenção para a sexualidade segura. A ausência de intervenções estruturadas em conformidade com a complexidade que o assunto reclama pode ser apontada como o primeiro motivo devido ao qual continuam a verificar-se baixas taxas de utilização do preservativo. Com frequência, outros motivos que não a necessidade de protecção se sobrepõem a uma preocupação com o estado de saúde individual. É também por isso que apesar de, ao longo dos anos, diversas técnicas terem sido utilizadas em campanhas de prevenção que promovem este comportamento, o nível de adesão ao mesmo permanece baixo. Deste modo, a consideração de uma campanha que vise a realização do teste representará, à partida, uma oportunidade mais eficaz de sensibilização para a problemática. Esta opção é conforme à possibilidade, já explorada no âmbito da investigação na área do VIH/SIDA, de incentivo à realização do teste, nos casos em que existe uma persistente relutância em utilizar consistentemente o preservativo, no contexto da denominada “segurança negociada”⁸⁵.

Na investigação dedicada ao tema, verificam-se baixos níveis de realização do teste ao VIH/SIDA⁸⁶. Embora estes valores sejam ligeiramente superiores no grupo dos profissionais de

⁸²ALVAREZ (2005:381); AMARO (2004: 58); CRUZ (1997):292; RIBEIRO (2009):106; DIAS (2002):95; SANTOS (2004): 116; ABOIM (2012): 105; MEIRELES (2015):7; MARKTEST (2013).

⁸³Para uma análise aprofundada sobre o tema, *vide* ALVAREZ (2004).

⁸⁴PLUMMER (1982): 231.

⁸⁵KIPPAX (1997).

⁸⁶VILELA (2010): 30; ALVAREZ (2004): 372; EMIS (2010): 42; MARKTEST (2013); DGS (2013):70; RIBEIRO (2009):105; GAMA (2007):99.

sexo, mantêm-se ainda aquém do que seria desejável, sobretudo em relação à sua frequência e periodicidade⁸⁷.

Paralelamente ao incentivo à realização do teste sorológico, a campanha em questão deve ainda transmitir alguns conhecimentos essenciais que garantam que a adopção do comportamento seja eficaz e se traduza em ganhos em saúde, nomeadamente a possibilidade de se efectuar o teste de forma gratuita e anónima e os locais existentes para o efeito. Deverá também ser um incentivo a que os indivíduos aprofundem esse conhecimento, através da consulta do *site* do Programa. A necessidade de transmissão destes aspectos pode ser justificada pela existência de um desconhecimento generalizado relativamente a estas questões, como o atestam os estudos realizados.⁸⁸ Em certos aspectos, verifica-se até uma certa contrariedade. Num estudo realizado com trabalhadores do sexo, os inquiridos afirmam saber da existência da gratuidade e confidencialidade do teste, desconhecendo, porém, o local onde poderão realizá-lo⁸⁹. Também Freitas (2002:61-2), num estudo com estudantes universitários, alguns deles na área da Saúde, salienta a incoerência verificada entre a percentagem de inquiridos que se mostraram disponíveis para realizar o teste ao VIH/SIDA (90,7%) e a que corresponde ao número de indivíduos que conhece um local de realização do teste (45%), encontrando-se a maioria dos que detêm este conhecimento, em cursos na área da Saúde.

Pretende-se ainda que os indivíduos desenvolvam as crenças de que são, de certo modo, vulneráveis à infecção; que acreditem que o teste é acessível, pouco doloroso, anónimo, gratuito e que é breve o momento que medeia a realização do teste e o conhecimento do correspondente resultado (no caso dos testes rápidos). Aliada à percepção de vulnerabilidade, surge também a necessidade de se dissociar o VIH/SIDA de um aspecto físico degradado, alertando para o facto de não ser uma imagem física agradável sinónimo de seronegatividade.

Para além disso, parte da campanha aspira a que se desenvolva uma associação entre o sentimento de envolvimento emocional e a realização do teste. Pelo facto de a intimidade emocional ser frequentemente um aspecto mais importante do que a protecção da infecção⁹⁰, tentámos integrar esse sentimento no comportamento visado, ao invés de lhe ser contraposta uma lógica racionalista afastada dos reais factores de influência.

⁸⁷SILVA (2013): 63.

⁸⁸EMIS (2010):42;

<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/seis-em-cada-dez-pessoas-admitem-que-diriam-nao-a-uma-relacao-com-alguem-com-vih-1631791?page=-1> (consultado a 24/06/2015).

⁸⁹SILVA (2013): 61-2

⁹⁰HAMMER (1996): 377.

Uma outra finalidade é a de que a população-alvo possa crer que, ao ser testada, está a impedir o agravamento da doença e o sofrimento a ela associado. Por fim, é desejável que os sujeitos desenvolvam crenças relativas à sua auto-eficácia e ao poder que têm de controlar a sua própria vida.

Alguns dos objectivos apresentados foram delineados segundo modelos comumente utilizados para a previsão de comportamentos na saúde⁹¹, os quais consideram elementos determinantes para a adopção de comportamentos propostos factores como a detenção de conhecimentos no assunto, a percepção da vulnerabilidade, a crença na auto-eficácia e a facilidade no acesso e realização de acções preventivas. As limitações destes modelos, assentes no facto de apenas considerarem relevantes para a previsão do comportamento, elementos cognitivos, surgem como a razão pela qual não são adoptados na íntegra para previsão do comportamento preventivo em questão.

6.5. Identificação de factores que influenciam a adopção do comportamento

6.5.1. Obstáculos

O principal entrave à realização do teste é a fraca percepção da vulnerabilidade ao VIH/SIDA. Vários estudos apontam para o sentimento de invulnerabilidade, por parte dos jovens, face à possibilidade de se contrair a doença⁹². Assim, apesar de uma apreciação global, entre esta fracção da população, apontar para um bom nível de conhecimentos genéricos relativos às formas de contágio do VIH/SIDA e para uma elevada noção do risco em relação à globalidade da população, a nível pessoal, os baixos níveis de vulnerabilidade pessoal parecem ser uma característica constante⁹³.

Conforme refere Cruz (1997:280), citando Baum e Nesselhof (1998:901), «para além dos “tradicionais” grupos de alto risco (...) outros grupos de pessoas poderão estar em risco, sem se aperceberem ou terem consciência disso ou ainda porque ignoram os “avisos” relativos ao risco. É o caso dos adolescentes e jovens adultos que poderão ser considerados “em risco” porque “estão a

⁹¹São eles a Teoria da acção Ponderada (AJZEN, 1985) e sua actualização, a Teoria do Comportamento Planeado (AZJEN, 1986), a Teoria da Auto-Eficácia (BANDURA, 1990). Inspirados nestas perspectivas, surgiram o Modelo de Crenças sobre a Saúde (BECKER, 1974; ROSENSTOCK, STRECHER e BECKER, 1994) e a Teoria da Motivação para a Protecção (ROGERS, 1975 e 1983).

⁹² CUNHA-OLIVEIRA (2009):13; MONTEIRO (2006):133; VILELA (2010):45;

⁹³ AMARO (2004):58.

tornar-se sexualmente activos e porque a investigação sugere que eles não tomam, enquanto grupo, precauções adequadas relacionadas com os comportamentos de risco contra a gravidez e doenças sexualmente transmitidas.»

À semelhança do que sucede com a associação entre falta de confiança e utilização do preservativo, também a referência à realização do teste, por parte de um dos parceiros, parece gerar um sentimento de desconfiança face ao mesmo⁹⁴. Um obstáculo ausente das representações associadas ao preservativo é a hipótese de a sugestão de realização de um teste de despistagem poder associar à relação um carácter de seriedade que os parceiros não pretendem assumir⁹⁵. Outras barreiras de índole pessoal envolvem o medo de estar infectado e de ter infectado o parceiro, de passar a ser discriminado socialmente e de vir a sofrer rupturas afectivas na sequência de um resultado positivo.⁹⁶ Se o medo do contágio, é, neste contexto, uma barreira, mais do que uma motivação, optámos por uma sensibilização motivacional que salientasse a capacidade (positiva) do indivíduo para agir.

De facto, verifica-se, na investigação dedicada ao tema, que o excesso de apelos negativos presentes nas campanhas, desencadeou um “efeito de saturação”. Num estudo de Brennan e Binney, por exemplo, os entrevistados referiram que, mesmo quando se apercebiam de que estavam a visualizar uma campanha de *Marketing Social*, muitas vezes ignoraram a mensagem devido à negatividade que ela veiculava (o que incluía apelos não apenas ao medo, mas também aos sentimentos de culpa e vergonha)⁹⁷. A indiferença manifestada em relação a este tipo de abordagem deve-se também ao excesso de anúncios a que um indivíduo está sujeito diariamente; perante esta sobre-exposição, os entrevistados afirmaram reagir melhor a apelos a emoções positivas, como o recurso ao humor para as desencadear, demonstrações de como o indivíduo pode “fazer a diferença”, ou a apresentação da gratificação como recompensa.

Um outro obstáculo à realização do teste prende-se com a presença de estereótipos referentes aos papéis sexuais esperados pelo homem e pela mulher. Tais estereótipos fazem que, de um modo geral, seja esperado, da parte do homem, um maior interesse por relacionamentos baseados na atracção física, nos quais a dimensão afectiva não assume particular relevância⁹⁸. Das mulheres espera-se, por outro lado, que desenvolvam relacionamentos de índole emocional, sendo

⁹⁴ ALVAREZ (2004): 100.

⁹⁵ HAMMER (1996): 388.

⁹⁶ ALVAREZ (2004):100.

⁹⁷ BRENNAN (2010):144.

⁹⁸ SANTOS (2004): 100.

desconsideradas nos casos em que se envolvem precocemente na relação sexual.⁹⁹ Esses estereótipos têm, por sua vez, reflexo no comportamento real dos indivíduos: os homens tendem a concordar mais com o sexo ocasional e sem compromissos¹⁰⁰, sendo os mesmos que mais referem ter tido relações sexuais com outra pessoa durante um relacionamento amoroso.¹⁰¹ A perpetuação de comportamentos especificamente esperados por parte de cada um dos géneros pode ser um obstáculo à realização do teste de detecção do VIH/SIDA, na medida em que poderá inibir as mulheres de o concretizarem, por receio de serem percepcionadas como menos dignas, ou até rejeitadas por parte dos parceiros. A uma maior vulnerabilidade social da mulher, acrescenta-se ainda uma propensão superior à infecção, do ponto de vista das condições de transmissão¹⁰². Estas razões tornam imperioso que se combata o estereótipo em questão. Por isso, na presente campanha, enfatizamos o risco no sexo feminino, embora parte da intervenção tivesse sido pensada também para o sexo masculino.

6.5.2. Elementos motivadores do comportamento

A redução da incerteza é apontada como uma das razões para se realizar o teste, já que esta acção pretende ter um efeito “tranquilizador” sobre o indivíduo que duvida estar infectado, mas que espera obter um resultado negativo.¹⁰³

Nos casos de suspeita de transmissão por via sexual, o reconhecimento de uma história sexual de risco, o apoio e o encorajamento, por parte do parceiro, são também elementos que potenciam a realização do teste, sobretudo quando o casal se encontra num relacionamento estável.

A existência de um teste que é gratuito, cujo anonimato e confidencialidade reduzem o receio de ser discriminado, é outro aspecto que reforça a motivação.

O sentimento de responsabilidade e maturidade, expresso através do zelo pela saúde, pode ser ainda apontado como um motivo para a adopção deste comportamento, uma vez que caracteriza o estabelecimento da vida adulta. Este sentimento associa-se à noção de que o indivíduo tem a capacidade e autonomia para controlar a sua saúde, ideia que está em conexão com a estratégia de *empowerment* veiculada pela presente campanha. O apelo ao controlo da própria vida é ainda um apelo ao sentido de responsabilidade individual, indício de maturidade característica da transição

⁹⁹ SEAL (2007): 382; 391.

¹⁰⁰ MATOS (2010): 42; ANTUNES (2003);

¹⁰¹ REIS (2012): 109; SANTOS (2004): 116; ABOIM (2012): 108; AMARO (2004): 57; MARKTEST (2007).

¹⁰² FAUCI (1998): 3153.

¹⁰³ FLOWERS (2003): 183.

para a vida adulta. O início da vida adulta é um período em que a vaporização pessoal é edificada com base no sentimento de independência emocional face aos pais e outros adultos¹⁰⁴; sentimento que emerge da capacidade que o indivíduo tem de exercer controlo sobre a sua própria vida, adquirindo, entre outros aspectos, comportamentos socialmente responsáveis, nos quais a manutenção e preocupação pela saúde se inserem.

O facto de a presente estratégia de *empowerment* estar associada a um reforço positivo, composto pelo encorajamento psicológico que veicula emoções igualmente positivas, isenta a abordagem do carácter coercivo de que, com frequência, se revestem as abordagens que têm como mensagem subliminar o aumento da culpa, perante a incapacidade do sujeito controlar a sua vida.

Outros elementos comumente influentes para a percepção da vulnerabilidade pessoal e consequente ponderação da realização do teste são o conhecimento e opiniões veiculados por profissionais de saúde, tais como médicos de família, ou, ainda, de amigos com os quais se tenha estabelecido uma relação de proximidade afectiva e cujas opiniões sejam relevantes para o sujeito, no que a esta questão diz respeito.

O contacto com pessoas infectadas tem também, muitas vezes, influência na percepção da doença, na medida em que a presença do VIH/SIDA na realidade pessoal do indivíduo desperta ou mantém presente na sua consciência a necessidade de prevenção, tornando a questão menos hipotética, e mais real.

A utilização de figuras públicas é uma estratégia frequentemente utilizada em campanhas de M.S. As celebridades são um elemento influente na adopção de comportamentos por parte do público, podendo ser a razão pela qual é restabelecido o equilíbrio entre cognições e sentimentos dissonantes, confirmando, assim, os pressupostos da teoria de Fritz Heider (1946).

6.6. Elaboração de uma frase de posicionamento

A frase de posicionamento adoptada consiste na afirmação de que “o teste de detecção precoce ao VIH/SIDA, indolor, gratuito e ao alcance de todos, é uma acção importante e benéfica para a manutenção de um estado de Saúde saudável, estando todos os indivíduos potencialmente expostos à infecção e devendo ser emocionalmente apoiados, desde o momento em que tencionam realizar o teste, até à obtenção do seu resultado”. A afirmação sintetiza os principais benefícios enumerados na ponderação da adopção do comportamento pretendido, visando, em simultâneo, a diluição de obstáculos referentes aos mesmos aspectos: a tranquilidade psicológica e a dissolução

¹⁰⁴ CHAVES (2010): 80.

do receio quanto ao conhecimento do estatuto sorológico; o sentimento de confiança fundado na percepção de que o próprio indivíduo controla o seu estado de saúde; o aprofundamento de laços afectivos e a extinção do medo de ser rejeitado pelo parceiro. A acessibilidade enquanto vantagem justifica-se pela existência de diversos locais (os CAD) onde se pode realizar o teste, existindo também, deste modo, a possibilidade de o indivíduo optar pelo local mais conveniente para si. À semelhança do que sucede com a acessibilidade, a menção à gratuitidade e ausência de dor pretendem reforçar aspectos mais práticos, na ponderação de execução do teste.

6.7. Marketing Mix

6.7.1. Produto principal

Espera-se que a adopção do comportamento em causa tranquilize o indivíduo quanto ao seu estado de saúde. Também se pretende que, ao induzir a necessidade de realizar o teste de despistagem, muitas vezes esquecida, na consciência do indivíduo, essa necessidade possa ser conducente a uma maior frequência na realização desta acção, aumentando, deste modo, os cuidados em saúde que contribuem para a sua manutenção. O aumento do nível de conhecimentos relativos à infecção por VIH/SIDA é também um dos benefícios almejados por esta campanha. A redução do receio da discriminação é outra vantagem esperada para os indivíduos. Ela poderá ser alcançada através da apresentação positiva do comportamento, que, contrariamente à que se associa ao medo e a uma condição física degradante, propiciará a uma avaliação neutra, por parte do indivíduo, da necessidade de ser testado, tal como sucede com outras análises clínicas.

Por último, está implicado nos objectivos desta campanha o aprofundamento de laços emocionais entre parceiros, ao apresentar-se o ato do teste como uma ocasião para serem revelados sentimentos de preocupação e apoio mútuos, sendo por isso esta uma oportunidade para se estreitarem pontos em comum que preenchem a procura por uma relação afectiva baseada em semelhantes pressupostos. Pretende-se que o elo emocional que une os parceiros aceite um possível resultado positivo do teste sorológico. Este ponto revela-se particularmente importante, sobretudo se considerarmos que, num estudo como o que foi levado a cabo em 2013, intitulado *30 Anos, 30 Mitos do VIH/SIDA*, 58% dos inquiridos afirmava importava-se ter uma relação afectiva com uma pessoa com VIH, tendo esse aspecto reflexo no adiamento da procura do diagnóstico.¹⁰⁵

¹⁰⁵ <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/seis-em-cada-dez-pessoas-admitem-que-diriam-nao-a-uma-relacao-com-alguem-com-vih-1631791?page=-1> (consultado a 12/06/2015).

Para além das vantagens enumeradas deverá, ainda, ser tomado como benefício para a população-alvo o facto de lhe ser acessível, através da realização do teste, o conhecimento precoce do seu estatuto sorológico, concedendo-lhe a possibilidade de um tratamento mais eficaz, no caso de um resultado positivo.

6.7.2. Produto real

Esta campanha tem por objectivo principal o aumento da realização de testes de detecção ao VIH/SIDA, sobretudo nos CAD disponíveis para o efeito. É nosso objectivo um aumento em 60% da totalidade de testes de despistagem realizados, com uma percentagem mais elevada para os CAD (80%). O objectivo fixa-se assim num total de 36 515 testes, sendo que, desses, 28 780 supõem-se ser realizados nos CAD. Semelhante propósito deverá ser alcançado através da consciencialização de que o teste ao VIH/SIDA é um teste de fácil acesso e que deve ser enquadrado numa preocupação mais ampla com a Saúde. A continuidade de campanhas como a que aqui apresentamos tem como objectivo mais vasto a adesão à realização do teste com sistematicidade, por parte dos indivíduos, ao longo do tempo, até que esta acção seja fixada na rotina da generalidade da população.

6.7.3. Preço

Para que a realização do teste sorológico se efective, será necessário, em primeiro lugar, que a população visada tenha acesso à *Internet*, para que consiga consultar o CAD mais conveniente para si. Será essencial um esforço psicológico para se ultrapassarem barreiras psicológicas que impedem a execução da acção pretendida. Por último, é imprescindível que exista, por parte do sujeito, disponibilidade horária para se dirigir ao serviço de atendimento em questão, o que implica organizar o tempo em função dessa actividade. O tempo despendido na actividade em si representa também um custo para a pessoa que pretende ser testada.

6.7.4. Promoção

Ainda que concordemos com a utilização, em termos genéricos, de técnicas como o humor para veicular a sensibilização de mensagens na área da saúde, é de nosso entendimento que a possível aplicação dessas técnicas deve ser adequada ao assunto a ser tratado, sendo que nem todos são permeáveis a essa abordagem, sob pena de verem frustrados os seus objectivos. A utilização do humor pode inviabilizar uma interpretação séria das questões a serem abordadas o que, nos casos em que tal interpretação é necessária para a adopção de determinada atitude ou comportamento, impede a concretização dos objectivos da campanha. Uma campanha de sensibilização para

questões de saúde não deve ser uma peça de entretenimento. Também nesse sentido, embora a criatividade seja uma mais-valia na construção de campanhas de *Marketing Social*, revelando eficácia, sobretudo, ao nível da retenção na memória das mensagens, por parte do público-alvo, não é, por si só, eficaz no propósito de adopção de comportamentos, por mais original que seja o seu conteúdo. Assim sendo, as mensagens-chave e peças de comunicação presentemente elaboradas foram concebidas à luz destas considerações. Embora tenhamos optado por não recorrer à técnica do medo como motor principal da campanha, evitando, desse modo, a utilização de imagens chocantes, cremos ser necessário manter um tom de seriedade no discurso, uma vez que é desejável que os indivíduos interpretem o assunto de uma forma séria, encarando o VIH/SIDA como um problema que poderá afectar a sua saúde.

Foram pensados, para esta campanha, três elementos de comunicação, cada qual focalizando-se num género de mensagens em específico. Apesar de distintos, todos os elementos se unificam na partilha do *slogan* “Testa-te. Não deixes que seja o VIH/SIDA a controlar a tua VIDA”. O entrelaçamento dos três elementos pela formulação de um *slogan* comum é determinante para a coerência e coesão da mensagem divulgada, configurando a potência do seu efeito no público-alvo. Consideramos que o apelo ao teste, aliado ao reforço da autonomia do indivíduo, face à sua saúde, devem estar presentes em todos os objectos de comunicação da campanha, uma vez que constituem, um, o comportamento-alvo, outro, um dos seus principais estímulos. É dado um pouco mais de ênfase, em dois dos elementos, à vulnerabilidade do sexo feminino, pelo facto de a mulher se encontrar mais susceptível, do ponto de vista biológico, e por forma a diluir os preconceitos referentes à sexualidade feminina e a apelar ao apelo emocional, por parte do parceiro do sexo masculino.

O primeiro dos três elementos corresponde a um conjunto de quatro imagens. Na primeira, é apresentado um casal de jovens, na faixa etária dos 20-25 anos, a realizar o teste. O rapaz segura a mão da namorada, enquanto ela se prepara para ser testada. Neste caso, a mensagem é apresentada sob a forma de interrogação, interpelando directamente o espectador feminino, alvo desta imagem. A pergunta directa “Sabias que a mulher está cerca de oito vezes mais vulnerável a contrair o VIH/SIDA?” pretende que cada mulher se identifique com a questão a nível pessoal, reflectindo sobre a sua vulnerabilidade individual em relação à possibilidade de infecção por VIH/SIDA (em comparação à vulnerabilidade do homem, no contexto de uma relação sexual heterossexual). A segunda e terceira imagens compõem um conjunto unido pela mesma mensagem-chave. Na segunda imagem, é-nos apresentado o resultado do teste positivo sobre o colo da rapariga, vendo-se o casal a dar as mãos junto do mesmo. As caras de ambos não aparecem, de modo a realçar o resultado do teste, aliado à união do casal. Na terceira imagem, vemos representado o casal a

abraçar-se. Ela segura o teste na mão, com um semblante triste. Ele, de costas, abraça-a. Esta disposição pretende subtilmente salientar o sentimento da mulher, reflectido na expressão facial, ao descobrir que é seropositiva, bem como o apoio do namorado perante essa descoberta. Nesta situação, a mensagem-chave é a de que “os testes não quebram a confiança... Reforçam-na!”, transmitindo a ideia de que a realização do teste sorológico contribui para o reforço dos laços afectivos estabelecidos entre os dois parceiros, que se encontram numa relação afectiva estável. A quarta imagem já não pretende identificar o comportamento preventivo com um relacionamento baseado na confiança e no envolvimento emocional, mas alertar para o facto de não ser o aspecto físico de uma pessoa transmissor de informação acerca do estatuto sorológico da mesma, não sendo, por isso, garantia de que não foi contagiada a segunda pessoa que esteve envolvida com a primeira. É evidenciada a imprescindibilidade de realizar o teste, para detecção. Estes aspectos são revelados na mensagem de que “quem vê caras, não vê infecções”.

O segundo elemento de comunicação é um vídeo, focalizado, essencialmente, na transmissão da percepção da vulnerabilidade que, uma vez mais, não é transmitida pelo aspecto do parceiro. Pretende-se ainda transmitir ao sujeito a noção de que tem o poder de controlar o seu estado de saúde no que ao VIH/SIDA, especificamente, concerne. No vídeo vemos representada uma mulher, na faixa etária dos 20-25, na praia, a dormir ao sol, exposição após a qual vemos a mesma mulher olhar-se ao espelho, com queimaduras solares. De seguida, é-nos apresentado um homem, aproximadamente na mesma faixa etária, sentado à secretária de uma divisão da casa que se supõe ser um escritório ou a sala, com a janela aberta, através da qual sobrevém uma corrente de ar que o faz espirrar. No momento seguinte, vemo-lo deitado na cama, com um termómetro na boca, dando a entender que está doente. A mensagem unificadora destas imagens é que “em certas situações, para se estar vulnerável, basta estar-se exposto” e que, para tal, “basta um descuido”. De seguida, vemos uma mulher e um homem, num quarto, os quais olham um para o outro, da cabeça aos pés. A mensagem veiculada é a de que, contrariamente ao que sucede com outras situações perigosas para a saúde (subentendem-se aquelas que foram apresentadas anteriormente), “com o VIH/SIDA a ameaça não se vê”, “só se detecta no sangue”, mensagem à qual se segue a imagem de um médico a explicar informação à mulher em causa, estando implícito que a mesma está a ser informada do seu estatuto sorológico. Deseja-se que esta última imagem transmita, ainda, o apoio emocional e compreensão dedicados a quem realiza o teste, por parte dos profissionais de saúde, bem como disponibilidade dos mesmos para o esclarecimento de dúvidas médicas sobre assuntos relacionados com a doença. De seguida surge um ecrã preto no qual é visualizada a mensagem “Não deixes que seja o VIH/SIDA a controlar a tua vida”.

O terceiro e último elemento consistem num vídeo de índole mais informativa, quando comparado com as duas peças anteriores. Principia com um ecrã cinzento, onde se encontra a questão: “sabias que 58% dos casos de VIH/SIDA recentemente detectados foram diagnósticos tardios?”. Segue-se uma imagem, onde se encontram figuras pretas representativas de pessoas, acompanhada da legenda “significa que mais de metade das pessoas, durante muito tempo, não sabia ter a doença”. Metade dessas figuras é representada sob um fundo vermelho e sinalizada, em cima, com um ponto de interrogação, ilustrando a sua seropositividade e o desconhecimento da mesma. Aqui, as mensagens alertam a população-alvo para características da transmissão que não serão, na generalidade, conhecidas. A situação seguinte introduz a percepção da vulnerabilidade pessoal, ao serem alertadas as pessoas para ser um erro o facto de não se considerarem, potencialmente, em risco: o discurso em *voz-off*, que afirma que “isso aconteceu porque pessoas como tu nunca pensaram estar infectadas”, é intercalado pela apresentação de um homem e, em seguida, de uma mulher, ambos com aproximadamente vinte e seis anos, parados, junto do Centro de Saúde. O momento que se sucede exhibe um homem, na faixa etária dos 27 anos, sentado na enfermaria, a realizar o teste rápido de detecção do VIH/SIDA. Nesta cena, surgem, uma por uma, as características associadas ao teste ao VIH/SIDA: é “rápido”, “indolor”, “anónimo” e “gratuito”. Este momento pretende transmitir ao público visado a crença de que é acessível a realização do teste, do ponto de vista prático, como sugerem as referências à rapidez e gratuidade, como no que diz respeito a questões físicas (“ausência de dor”) e emocionais (“anónimo”). O momento que se sucede exhibe o mesmo homem, sentado na enfermaria, preparando-se para a colheita de sangue. Depois, vê-se o médico a conversar com o homem, explicando-lhe a informação contida em folhetos. Deseja-se que esta última imagem transmita apoio emocional e compreensão para quem realiza o teste, por parte dos profissionais de saúde, bem como a disponibilidade dos mesmos para o esclarecimento de dúvidas médicas sobre assuntos relacionados com a doença. Surge, depois, em *voz-off*, a informação de que “o teste de detecção impede o agravamento da infecção e o sofrimento que ela causa. Deve ser realizado de três a seis semanas após suspeita de contágio; O anúncio termina com o apelo comum aos três elementos: “Testa-te. Não deixes que o VIH/SIDA controle a tua vida”.

Todos os elementos de comunicação integram a divulgação do sítio electrónico da DGS, com os objectivos de fornecer um meio de localização dos CAD e de divulgar a existência da plataforma electrónica, de outro modo pouco conhecida, podendo a sua consulta incentivar o indivíduo a pesquisar autonomamente informações mais específicas sobre a questão.

O principal enfoque da campanha no público em geral justifica que se opte pela televisão como principal canal de divulgação⁰⁶. A cobertura televisiva atinge 99,5% da população em geral,

sendo os programas mais vistos os noticiários (48,5%), seguidos das telenovelas e séries (15,9%)¹⁰⁶. No caso da saúde, a televisão pode ser particularmente eficaz na transmissão de mensagens a fracções da população que têm, comumente, mais dificuldade no acesso a informações concretas sobre cuidados de saúde, seja por motivos de acessibilidade efectiva (limitações físicas e psicológicas), ou de carácter social (pertença a grupos minoritários e discriminados)¹⁰⁷, pelo facto de estar fisicamente disponível para a maior parte das pessoas (99,0% dos inquiridos do inquérito *Sociedade em Rede 2010*¹⁰⁸ afirmou ter, pelo menos, um aparelho de televisão em casa) e, por isso, o seu acesso não implicar deslocamento, exposição pessoal ou literacia informática.

Em termos de preferências televisivas, sabe-se que, pese embora o facto de elas oscilarem consoante o patamar geracional, a visualização de géneros como o informativo tende a estar transversalmente presente no quotidiano televisivo dos portugueses¹⁰⁹, sendo que o grau de confiança associado à informação disponível na televisão assume valores superiores aos relatados para os restantes *media*¹¹⁰. A confiança depositada na televisão torna-a um meio adequado à referenciação de assuntos em relação aos quais a informação veiculada necessita de ser entendida de forma credível por parte da audiência, como é o caso da informação relativa ao VIH/SIDA.

A divisão temática de programas do horário em questão apresenta-nos as séries e os programas informativos com um maior número de espectadores¹¹¹, razão pela qual será sensato introduzir os anúncios entre os intervalos destes programas. Dado que esta campanha tem como alvo mais específico os jovens entre os 24-35 anos, é conveniente que se tenha em consideração as preferências mediáticas dos mesmos, que são, ao nível da visualização televisiva, muito semelhantes às da generalidade da população. Deste modo, o género noticioso lidera a lista dos programas mais vistos na faixa etária dos 26-37 anos, seguida do género documental e, seguidamente, das telenovelas (*vide* ANEXO 13). Em relação, especificamente, ao VIH/SIDA, o inquérito “Atitudes e comportamentos da população portuguesa face ao VIH”, da responsabilidade da *Marktest*, aponta os programas de televisão sobre a SIDA como a principal fonte de informação sobre a problemática, para indivíduos que se situam na faixa etária dos 25 aos 49 anos.

¹⁰⁶ ESPANHA (2009):6.

¹⁰⁷ ESPANHA (2009): 64.

¹⁰⁸ OBERCOM (2011): 7.

¹⁰⁹ CIES-IUL/OBERCOM (2015):6.

¹¹⁰ OBERCOM (2011):36.

¹¹¹ OBERCOM (2013):30.

A liderança de audiências da TVI, globalmente e em horário nobre¹¹², tornaria desejável que o anúncio fosse enquadrado nesta estação televisiva. Todavia, o elevado montante, por inserção do anúncio, indicado pela TVI (17.186,855 euros) inviabiliza a utilização deste canal de distribuição. Até porque, embora esta estação ocupe uma posição líder, não se verifica uma discrepância significativa entre o valor obtido pelas audiências da TVI e os correspondentes aos resultados da SIC e da RTP1, principais canais concorrentes. Deste modo, e em conformidade com os dados analisados, os dois anúncios em formato vídeo foram pensados para serem transmitidos no horário nobre de dois dos três canais generalistas, a SIC e a RTP1, no intervalo do telejornal da noite.

Sabe-se que a relação dos portugueses com os diversos meios de comunicação está em perpétua transformação.¹¹³ Fruto de uma constante actualização tecnológica globalmente operante, essa transformação tende a realizar-se de “baixo para cima” em termos geracionais, o que significa que são as gerações mais novas aquelas que primeiramente aderem à utilização de novos meios de comunicação. Previsível seria que esta tendência tivesse impacto no modo e frequência com que os jovens adultos utilizam a televisão, o que acabou por verificar-se. Assim, ainda que a televisão tivesse sido considerada, em 2004, a actividade mediática mais interessante para os jovens nesta faixa geracional (ANEXO 11), existe uma tendência para que a inovação tecnológica de outros *media* esbata progressivamente a sua influência. Em conformidade com este aspecto, verificamos que, em 2013, a utilização do telemóvel e da *Internet* assume valores mais elevados do que a televisão, na proporção correspondente ao *item* “actividade que seria mais difícil deixar de fazer” para os inquiridos na faixa etária em questão (ANEXO 16). A crescente relevância que os meios digitais, sobretudo a *Internet*, têm vindo a revelar na vida das pessoas, tornam-nos meios essenciais à eficácia da presente campanha. Na área da Saúde, em particular, tem vindo a aumentar o número de utilizadores que acederam a *sites* de saúde, situando-se esse valor em 2,3 milhões, segundo dados do *Netpanel meter*, levado a cabo pela empresa *Marktest*. Dados não tão recentes, presentes no estudo *Bareme Internet 2007*, também da responsabilidade da *Marktest*, indicam-nos que a faixa etária que mais se envolve em pesquisas na área da saúde situa-se entre os 25 e os 34 anos.

A referenciação do sítio da *internet* nos cartazes e no vídeo pretende direccionar sobretudo os jovens para o meio informático. No sítio do PN VIH/SIDA 2012-2016 devem estar incluídos os vídeos, na janela central de destaque. Os cartazes realizados devem aparecer em destaque, numa janela de tipo *pop-up*, que surge após se aceder ao endereço electrónico do sítio. Devem ainda ser introduzidas na página *Facebook* do mesmo, ainda inexistente, mas cuja criação é premente. Dados

¹¹² OBERCOM (2013):19.

¹¹³ OBERCOM (2015):7.

recentes revelam-nos que o *Facebook* é a página da *internet* mais utilizada, ultrapassada apenas pela *Google*¹¹⁴. A presença da campanha nas redes sociais é uma acção fundamental, dada a visibilidade que as mesmas possibilitam à actividade do PN VIH/SIDA. O facto de a divulgação através destes meios não implicar qualquer custo adicional para a instituição (à excepção, talvez, dos custos associados aos recursos humanos que serão necessários para a sua manutenção) é uma vantagem inexistente para todos os outros canais de comunicação, o que, aliado à visibilidade que abrangem, faz destes canais veículos de mediação essenciais para a rentabilidade e eficácia da presente campanha. A página deve ser actualizada com a maior frequência possível, sendo desejável que tal suceda pelo menos diariamente. Para além das fotografias, acompanhadas pela mensagem e correspondente *slogan*, poderão ainda ser criados outros conteúdos que dinamizem a página, como o infograma apresentado na (ANEXO 12). Os conteúdos podem incluir notícias de outros sítios de informação, ou partilhar informação divulgada por associações ligadas, de algum modo, à problemática do VIH/SIDA. A amplitude da campanha será maximizada se, a partir da página de *Facebook*, forem enviadas mensagens pessoais para os utilizadores dentro desta faixa etária, com as fotografias alusivas à campanha. Outras redes sociais, como o *Tweeter* ou o *Tinder*, são ferramentas úteis para a difusão da campanha. À semelhança do que se pretende realizar com a página do *Facebook*, deve divulgar-se activamente a campanha no *Tweeter*, para que, após serem “seguidos”, os utilizadores visitem a página do PN VIH/SIDA e obtenham, conseqüentemente, mais informação sobre a infecção. A emergência da rede social *Tinder* faz da mesma um foco de interesse para a divulgação de campanhas de semelhante índole. Esta rede social, acessível apenas através do descarregamento de uma aplicação para telemóvel ou *smartphone*, é um espaço virtual que se assemelha aos “*sites de engate*” ou “*sites de encontros*”. Comparativamente a utilizadores de outros sítios do género, os utilizadores do *Tinder* tendem a integrar uma faixa etária mais jovem. Sendo esta uma plataforma que facilita relacionamentos casuais, no seio dos quais, muitas vezes, os comportamentos preventivos estão ausentes, é uma mais-valia integrar as campanhas de prevenção para o VIH/SIDA nesta rede social, à semelhança do que foi realizado em França, na campanha “*Moi, le SIDA*”, levada a cabo pela AIDES¹¹⁵, ou pelo Ministério da Saúde, no Brasil¹¹⁶. O *Tinder* funciona por imagens, não sendo possível interagir directamente com alguém sem que antes essa

¹¹⁴ http://netpanel.marktest.pt/Dados/DadosTabela.aspx?tp=EvSemTopSites_UU&IDProd=1458 (consultado a 19/07/2015)

¹¹⁵ <http://www.parismatch.com/Actu/Sante/La-campagne-virale-de-Aides-Moi-le-sida-779018>;
<http://www.aides.org/node/2935> (consultado a 20/08/2015)

¹¹⁶ <http://cebes.org.br/2015/03/jovem-e-outro-papo-sobre-a-campanha-de-prevencao-a-aids-no-tinder/> (consultado a 20/08/2015).

pessoa tenha aprovado as imagens do perfil que se lhe apresenta. A comunicação directa é, pois, difícil de se estabelecer. A alternativa é a criação de um perfil, denominado “Teste ao VIH/SIDA” que integre as imagens da campanha, e que possa estar disponível para visualização dos utilizadores do *Tinder*. Espera-se que a curiosidade despertada nos utilizadores seja um aspecto conducente à visualização das seguintes imagens.

A publicidade dos cartazes nos painéis MUPI na rede de Metro do Porto e de Lisboa é uma opção eficaz para o esforço de publicitação das imagens da campanha, devido ao espaço geográfico e ao número de pessoas abrangidas.

O esforço de divulgação da campanha deverá ainda ser constituído pela elaboração de uma nota de imprensa, descritiva da constituição e pertinência da campanha, enviada para os principais sítios *online* dedicados à saúde: para o *infarmed.pt* e para o *lifestyle.sapo*, o primeiro e segundo sítios electrónicos, respectivamente, mais consultados para pesquisas na área da Saúde, segundo o estudo *Netpanel meter 2014*, da *Marktest*; para o *roche.pt* também presente na lista dos *sites* de saúde mais visitados, segundo o mesmo estudo; para a rubrica *online* “beleza e Saúde” da revista “Activa” (dado o esforço de segmentação feminina de parte da campanha) e para outros sítios dedicados à área: *desafiossaude.pt*, *saude.pt.msn.com*, *conhecersaude.com*; *alert-online.com*; *tuasaude.com*; *saudepublica.web.pt*, entre outros cuja pertinência de inclusão seja considerada pela instituição. A divulgação, através de sítios de *internet*, deverá ser complementada com a divulgação em formato papel. Por essa razão, sugere-se que a mesma nota de imprensa seja enviada para as principais revistas de Saúde portuguesas: *Saúde Actual*, *Saúde e Bem-estar*, *Prevenir* e *Saúde Viva Mais*, *Viva Melhor*.

A presença do director do PN VIH/SIDA 2012-2016 em programas televisivos e de rádio, com o intuito de apresentar a iniciativa, incentivar a realização do teste e fornecer informação médica adicional sobre a doença, seria ainda uma mais-valia para a expansão da abrangência da campanha. O programa mais adequado a este propósito é, na televisão, o “Bom dia Portugal”, que tem por hábito incluir intervenções do género. Pela amplitude da audiência que a estação atinge na faixa etária-alvo desta campanha¹¹⁷, uma breve intervenção no programa “Manhãs da Comercial”, da rádio “Comercial” seria uma acção perspicaz.

¹¹⁷ Segundo dados do estudo *Bareme Rádio 2014*, empreendido pela *Marktest*:

<http://www.marktest.com/wap/a/n/id~1daf.aspx> (consultado a 20/08/2015).

6.8. Esboçar um plano para monitorizar e avaliar

A pertinência da presente campanha deverá ser avaliada através de um pré-teste, aplicado junto de um total de 60 indivíduos. Uma vez que a campanha se dirige sobretudo a um público heterossexual, a maior parte da amostra deverá seguir essa orientação sexual (*n.* 40). Os restantes 20 deverão ser de orientações homossexual (*n.*10) e bissexual (*n.*10). Os indivíduos na faixa etária dos 25-39 anos, bem como as mulheres, deverão corresponder a uma fatia maior da amostra, uma vez que também constituem uma especificação do público-alvo. Assim, a amostra deverá ser compreendida por 4 grupos de 10 indivíduos, dos quais, em cada grupo, 4 são homens, 6 são mulheres, 2 são homossexuais e os outros 2, bissexuais. A divisão dos grupos é realizada consoante a faixa etária (16-24 anos; 40-55 anos; 56-70 anos e 71-85 anos). Deverá ainda existir um grupo de 20 indivíduos (8 homens; 12 mulheres, entre os quais 2 são homossexuais e os outros 2, bissexuais) com idades compreendidas entre os 25 e 39 anos. Neste teste, serão apresentados aos participantes os anúncios televisivos, as imagens e explicado o seu enquadramento nos canais de comunicação escolhidos. De seguida, os participantes deverão ser entrevistados individualmente, com o intuito de se averiguar em que medida a presente campanha:

4. Aumenta a percepção individual de vulnerabilidade pessoal ao VIH/SIDA;
5. Poderá motivá-los para a realização do teste ao VIH/SIDA no próximo mês;
6. Aumenta o nível de conhecimentos relativos ao VIH/SIDA;
7. Aumenta a confiança necessária para realizar o teste no contexto de uma relação afectiva estável, baseada na confiança.

Os participantes deverão, ainda, ser questionados sobre a sistematicidade da realização do comportamento-alvo, perante uma exposição prolongada no tempo, a campanhas de semelhante índole. Embora o efectivo aumento, ao longo do tempo, na frequência da adopção do comportamento, seja difícil de averiguar através de uma pergunta directa, pelo menos a intenção de o realizar poderá ser identificada.

A avaliação final da campanha deverá efectivar-se através da realização de um questionário, um ano após o lançamento da mesma. É desejável que o questionário possa avaliar:

- O aumento da realização do teste de detecção serológica;
- O aumento da percepção da vulnerabilidade pessoal;

- Percentagens de realização do teste de detecção serológica no contexto de uma relação afectiva;
- Significado e representações da realização do teste no contexto de uma relação afectiva;
- Aumento no nível de conhecimentos relativos à infecção por VIH/SIDA: existência do “período de janela”, existência da PPE; benefícios da detecção precoce;
- Aumento da procura, por iniciativa própria, de informação relativa ao tema;
- Recordação, em específico, da campanha realizada;
- Conhecimento da existência do *site* da DGS e do *Facebook* e frequência na consulta dos mesmos;
- Conhecimento da localização dos CAD.

Para uma maior rentabilização de recursos financeiros, as perguntas relativas à avaliação da campanha em questão poderão ser integradas no questionário anual que a DGS empreende através da *Marktest*, intitulado “Atitudes e comportamentos da população portuguesa face ao VIH”. Inquéritos passados incluem já questões sobre o conhecimento, no geral, da existência do teste, sobre o significado de um teste positivo e ainda relativas à frequência, motivos e locais de realização do mesmo. O impacto real da campanha deverá ser medido pela concretização das metas delineadas no que concerne a realização do teste sorológico de detecção. Objectivamente, o impacto desejado corresponde à realização de 36 515 testes, no ano que se segue à implementação da campanha. Desses, 28 780 deverão ter sido efectuados nos CAD.

6.9. Estabelecer o orçamento e encontrar fontes de financiamento

Considerando o montante anteriormente disponibilizado para a campanha “VIH/SIDA em Portugal - 30 Anos refletir e agir”, no valor de 80.000 euros, estabelecemos um plano de distribuição orçamental para as actividades planeadas. Necessária é a reserva quanto à fiel execução da distribuição orçamental aqui mencionada, porquanto as oscilações frequentes, de ano para ano, na disponibilidade financeira do PN VIH/SIDA, exigem prudência na planificação orçamental e, possivelmente, correcções e adaptações futuras. Tais flutuações devem-se ao facto de, como já referido, constituir fonte de financiamento parte as verbas dos resultados líquidos de exploração dos jogos sociais afectas ao Ministério da Saúde, e de tais verbas não corresponderem, anualmente, a um montante fixo.

Principiando pelos canais televisivos, estima-se que um total de 65.342,97€ seja disponibilizado para a presença dos anúncios televisivos nos intervalos do telejornal da noite. O

montante requerido pelos dois canais televisivos para exibição do anúncio é resultante de um desconto aplicado a instituições ou organizações sem fins lucrativos (85% para a RTP, 90% para a SIC). Tendo em conta que o custo por inserção é mais elevado na RTP1 (4.224,99€), do que na SIC (1.517,67€), uma maior frequência foi pensada para a transmissão dos anúncios na segunda estação (18 vezes, o que totaliza 27.318,06€), por comparação às 9 inserções estabelecidas para a RTP1 (o que corresponde ao dispêndio de 38.024,91€). Os dois anúncios devem ser exibidos de forma alternada, por forma a ambos poderem ser visualizados com semelhante frequência pelos telespectadores.

Um total de 1.200€ deve ser disponibilizado para a distribuição de *vouchers* promocionais, no valor de 20€ cada um, aos 60 indivíduos recrutados para o pré-teste. Adicionalmente, um total de 1.332€ deve estar disponível para o custo da produção e afixação dos cartazes em 100 faces da mini-rede MUPI, distribuídos pelos nos metros de Lisboa e do Porto, e ainda em alguns centros comerciais¹¹⁸. Este valor equivale à afixação dos cartazes durante um período de uma semana. Aproximadamente 11.000€ devem estar reservados para os custos de produção profissional dos vídeos e dos cartazes, os quais deverão ser realizados por uma agência de publicidade.

6.10. Completar o plano para a implementação e gestão da campanha

A produção de conteúdos da presente campanha deverá iniciar-se em Janeiro de 2016. Uma data oportuna para o lançamento de campanhas de prevenção para o VIH/SIDA é, por norma, o Dia Mundial de Luta Contra a SIDA (1 de Dezembro), ou ainda, a semana que lhe antecede, a “Semana Europeia do Teste VIH”. Consideramos que a multiplicidade de actividades, por parte das diversas associações ligadas ao VIH/SIDA (GAT, SER+, ABRAÇO, etc) torna a questão presente na memória das pessoas, por essas ocasiões. A redução de actividades ligadas à prevenção do VIH/SIDA, no resto do ano, justifica a necessidade de pensarmos a nossa campanha para um outro momento. Prevê-se que atinja a sua máxima visibilidade em Maio de 2016, altura que consideramos pertinente, uma vez que antecede os meses de Verão, nos quais existirá mais tendência para se desenvolverem relacionamentos ocasionais¹¹⁹.

¹¹⁸ Este valor, indicado por responsáveis da MOP, é realizado apenas para instituições sem fins lucrativos, sendo que, nestes casos, a calendarização do período de exposição dos cartazes está dependente da disponibilidade da rede.

¹¹⁹ Muito embora a nossa campanha se direcione, sobretudo, para um público-alvo que está envolvido, ou deseja envolver-se num relacionamento estável, uma outra parte, que apela à vulnerabilidade à infecção da generalidade da população, tem como alvo quer indivíduos que se encontrem em relacionamentos estáveis, quer indivíduos que desenvolvam relações ocasionais. Para a sensibilização dos primeiros, é indiferente a altura em que a campanha é

Apresentamos, então, a seguinte proposta de calendarização:

Calendarização de actividades	
<u>Actividade</u>	<u>Mês</u>
Produção do vídeo e dos cartazes	Janeiro-Fevereiro de 2016
Pré-teste	Fim de Fevereiro/início de Março de 2016
Possíveis ajustes ao conteúdo dos vídeos e dos cartazes	Março de 2016
Disseminação de cartazes ¹²⁰	Abril de 2016
Introdução dos cartazes no <i>site</i> do PN VIH/SIDA	Abril de 2016
Elaboração da nota de imprensa e envio para sítios da <i>internet</i> e revistas	Abril de 2016
Criação e manutenção das páginas de <i>Facebook</i> e do <i>Tweeter</i>	Abril de 2016 - sem data de término prevista
Criação do perfil do <i>Tinder</i> e subsequente manutenção do mesmo	Abril-Junho de 2016
Disseminação de vídeos	Maio de 2016
Introdução dos vídeos no <i>site</i> do PN VIH/SIDA	Maio de 2016
Participação do director do PN VIH/SIDA no "Bom dia Portugal" e "Manhãs da Comercial"	Maio de 2016
Avaliação	Janeiro de 2017

Para execução da calendarização apresentada, estabeleceu-se a seguinte distribuição de tarefas:

Distribuição de tarefas	
<u>Actividade</u>	<u>Responsável</u>
Produção do vídeo e dos cartazes	Agência de Comunicação
Pré-teste	Agência de Comunicação
Possíveis ajustes ao conteúdo dos vídeos e dos cartazes	Agência de Comunicação
Contacto com MOP para disseminação de cartazes e com SIC/RTP1 para disseminação do material produzido	Agência de comunicação/ Técnica Superior do PN VIH/SIDA
Introdução dos cartazes no <i>site</i> do PN VIH/SIDA	Técnico de Informática da DGS
Elaboração da nota de imprensa e envio para sítios da <i>internet</i> e revistas	Técnica Superior do PN VIH/SIDA
Criação e manutenção das páginas de <i>Facebook</i> e do <i>Tweeter</i>	Técnica Superior do PN VIH/SIDA
Criação do perfil do <i>Tinder</i> e subsequente manutenção do mesmo	Técnica Superior do PN VIH/SIDA
Disseminação de vídeos	RTP/SIC

lançada. Já para os segundos, a época do Verão, sobretudo para os jovens, é muito mais adequada ao lançamento de uma campanha de prevenção para o VIH/SIDA, pelo facto de se estabelecerem contactos sexuais ocasionais com maior frequência.

¹²⁰ Optou-se primeiro pela divulgação dos cartazes e, em seguida, pela divulgação dos vídeos, para estender o período da campanha e, desse modo, prolongar na memória da população a existência da mesma. A transmissão dos vídeos, nos canais televisivos, também não deve, pela mesma razão, ocorrer em simultâneo, sendo desejável que primeiro seja transmitido num deles, e só depois no outro.

Disseminação de cartazes	MOP
Introdução dos vídeos no <i>site</i> do PN VIH/SIDA	Técnico de informática da DGS
Participação no "Bom dia Portugal" e "Manhãs da Comercial"	Director do PN VIH/SIDA
Avaliação	Empresa de Estudos de Mercado (<i>Marktest</i>)

A calendarização e a distribuição de tarefas aqui propostas devem ser incluídas no Plano de Actividades anual do PN VIH/SIDA, um documento formal e oficial que, de modo análogo ao que aqui realizámos, tem a função de orientar a actividade do Programa a partir de uma lógica temporal e de distribuição de tarefas, sendo partilhado internamente e disponibilizado para consulta pública no *microsite* do PN VIH/SIDA.

8. CONCLUSÃO

A pertinência da realização de uma campanha de prevenção para o VIH/SIDA deve-se, presentemente, ao carácter incurável da doença, e à consequente relevância de que, nestas circunstâncias, se revestem as campanhas e os programas de sensibilização para a problemática.

A associação da existência do VIH/SIDA a condições psicológicas desfavoráveis ao desenvolvimento salutar do indivíduo é outro factor que justifica a importância da elaboração de campanhas de prevenção centradas na melhoria dessas condições. A interdependência entre os factores psicológicos e sociais, na área do VIH/SIDA, torna necessário que campanhas centradas em alterações psíquicas sejam complementadas com medidas de carácter social e político, razão pela qual, existe, à partida, um limite na extensão do impacto de campanhas de *Marketing Social* centradas em acções que influenciem a dimensão psíquica da população, como é o caso do presente projecto.

A inexistência de uma cura médica para a doença não tem, contudo, impedido o desinvestimento progressivo, em Portugal, em campanhas de prevenção com suficiente impacto e difusão para manter na consciência da população a necessidade pessoal de protecção, facto que pode justificar-se pela ausência de fundos monetários para o efeito, mas também pela transformação da representação do VIH/SIDA, que, de uma doença mortal, passou a ser considerada uma doença crónica, alteração possibilitada pelo progresso médico que representou o aparecimento da terapêutica anti-retrovírica combinada.

Os baixos níveis de literacia em saúde verificados em Portugal, de modo genérico, e também na área do VIH/SIDA, seriam, muito provavelmente, invertidos por acções de formação estruturadas a larga escala, das quais seriam exemplo a implementação da disciplina de Educação Sexual no ensino básico e secundário, ou projectos de reeducação sexual dirigidos a adultos. Contudo, a dificuldade de implementação de tais medidas, devida não só a constrangimentos financeiros, como também a obstáculos burocráticos e a preconceitos relativos a noções morais estabelecidas, levou-nos a elaborar uma campanha que, utilizando meios alternativos, pretende, na medida do possível, sensibilizar e veicular conhecimento útil ao esforço de erradicação do VIH/SIDA.

Presentemente, a necessidade de utilização do preservativo existe de forma generalizada na consciência da população. Sucede, porém, que a saturação de apelos à adopção deste comportamento preventivo (*condom fatigue*), conjuntamente com a existência de outras questões (sobretudo de índole emocional) que se sobrepõem à preocupação com a saúde, reduzem o êxito de campanhas futuras que visem este comportamento preventivo. Para além disso, a fraca adesão à

realização do teste sorológico de detecção, aliada à escassez de campanhas de prevenção, ao longo dos anos, que o promovessem, bem como o elevado número de diagnósticos tardios, são aspectos que fundamentaram a opção de desenvolver uma campanha de prevenção destinada à promoção do teste de detecção da infecção por VIH/SIDA.

A concentração da epidemia na categoria dos “heterossexuais”, aliada à baixa percepção do risco individual neste grupo, justificou que a definíssemos como alvo da nossa campanha. Com esta opção, pretende-se também dissociar a existência do VIH/SIDA de grupos exclusivamente minoritários, representativos de comportamentos “desviantes”, e, consequentemente, consciencializar colectivamente a população para o risco e desvanecer o estigma e o preconceito que existem aliados àquela associação.

A par desta característica, é facto prevalecer o VIH/SIDA em indivíduos na faixa etária dos 25-39 anos. Uma vez que a maioria da população portuguesa se identifica com a identidade “heterossexual”, e que grande parte dela se situa nesta faixa etária, a campanha que empreendemos assumiu um carácter generalista. Focalizámos, ainda, os indivíduos entre os 25 e os 35 anos como sub-grupo da nossa campanha, de modo a possibilitar uma identificação mais imediata por parte da população mais jovem, uma vez que esta fracção populacional se encontra numa fase de maior experimentação, associada, necessariamente, a um maior risco. A elevada importância que assume o estabelecimento de um relacionamento afectivo estável para os jovens nesta faixa geracional, e a transição para a prática de sexo desprotegido a que esse estabelecimento se associa, levou-nos a acrescentar, como alvo do nosso projecto, indivíduos que se encontrem, especificamente, num relacionamento com essas características.

O realce atribuído ao risco no sexo feminino deve-se ao facto de ser a mulher mais vulnerável a contrair a doença, vulnerabilidade que se deve não só a uma maior receptividade física à contracção do vírus, como também à representação do feminino na nossa sociedade, associada a estereótipos de género, os quais, frequentemente, tornam a mulher mais susceptível a críticas, o que pode, como consequência, aumentar a sua fragilidade emocional e psicológica.

A presente campanha pretende alertar cada indivíduo para a sua vulnerabilidade pessoal ao VIH/SIDA, sensibilizar a população para a necessidade de realização do teste sorológico para a detecção do VIH/SIDA, diluir preconceitos associados à existência da doença (como a identificação da seropositividade a um aspecto físico degradado), e inculcar alguns conhecimentos referentes às suas características. As recompensas emocionais para a adopção do comportamento surgem como seu principal elemento motivador. Apesar de algumas campanhas, realizadas anteriormente em Portugal, terem focado a necessidade de protecção no contexto de uma relação emocional, não se centraram nas questões emocionais como motor da acção, o que representa uma lacuna, uma vez

que são essas questões determinantes na adopção do comportamento preventivo. Em comparação com campanhas anteriores, o destaque da vulnerabilidade do sexo feminino é também um aspecto pouco explorado, bem como a transmissão de conhecimentos específicos sobre a infecção pouco difundidos, como o elevado número de diagnósticos tardios, a acessibilidade da realização do teste e os benefícios da detecção precoce.

Cientes do facto de que a realização de uma campanha de prevenção nos formatos apresentados (vídeo/cartazes), utilizando os canais de difusão por que optámos (televisão/*internet*) e focada no público generalista (jovens/adultos que desenvolvam relações heterossexuais) não constitui, propriamente, uma inovação, julgámos, porém, que o esquecimento a que tem sido votada a problemática, justificou que uma maior amplitude de difusão fosse o critério prioritário a ter em consideração na elaboração de uma campanha de prevenção para o VIH/SIDA, razão que justificou que este projecto tivesse sido apresentado nos formatos mais acessíveis à maior parte da população. A sua identificação com um determinado género de discurso, veículo de estereótipos relacionados com a lógica que preside aos relacionamentos humanos (*ex.* noção de “relacionamento estável”), não nos permite uma disrupção radical com esses discursos, razão pela qual tentámos, no interior da “linguagem” estabelecida, inverter, subtilmente, alguns preconceitos associados à ordenação mental dos conceitos sexuais. Consideramos que, para a inversão desses estereótipos e preconceitos, é fundamental a valorização pessoal dos indivíduos, razão pela qual é realizado um apelo à faculdade que cada sujeito tem de controlar a sua própria vida.

A presente campanha pretende, também, estimular a pesquisa autónoma na área da Saúde, sendo, para esse efeito, indicado o sítio electrónico da DGS em todas as peças de comunicação.

Esperamos que o nosso projecto possa ser um contributo para o aumento dos níveis de literacia em Saúde em Portugal, e, sobretudo, para o aumento da realização do teste de detecção sorológica ao VIH/SIDA, não deixando de salientar a importância exercida pelo carácter contínuo deste tipo de campanhas, as quais, aliadas a outras acções, pensadas e elaboradas a uma macro-escala (política e social) desempenham um papel fundamental no esforço global de erradicação da infecção por VIH/SIDA.

BIBLIOGRAFIA

- ABOIM, S. (2012). Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 17 (1), pp. 99-112.
- AJZEN, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In KUHL, J. e BECKMANN, J. (eds.). *Action control: from cognition to behavior*. Heidelberg, Springer. Pp. 11-39.
- AJZEN, I. e MADDEN, T. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*. Nº22, pp. 453-74.
- WASAN, P. G. e TRIPATHI, G. (2014). Revisiting social marketing mix: a socio-cultural perspective. *Journal of Services Research*. Nº2, pp. 127-144.
- ALVAREZ, M. J. (2005). Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual. Lisboa, FCT/FCG.
- AMARO, F., et al. (2004). HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal. *International Journal of STD & AIDS*. nº15, pp. 56-60.
- ANDREASEN, A.R. (1995). Marketing social change: Changing behavior to promote health, social development, and the environment. San Francisco, Jossey-Bass. Pp. 1912-19.
- ANDREASEN, A.R. (2012). Rethinking the relationship between Social/Nonprofit Marketing and Commercial Marketing. *Journal of Public Policy and Marketing*, Vol. 31 (1). Pp.36-41.
- ANTUNES, M. (2003). Comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior – influência de fatores individuais e familiares. Badajoz, Universidade da Extremadura.
- BANDURA, A. (1986). Social foundations of thought and action. Nova Jersey, Prentice-Hall.
- BAUM, A. e NESSELHOF, S.E. (1988). Psychological research and the prevention, etiology and treatment of AIDS. *American Psychologist*. Nº43, pp. 958-964.

- BECKER, M. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*. N°2, pp. 220-243.
- BENIGER, J. (1986) *The Control Revolution*. Cambridge, Harvard University Press.
- BENNETT, P. e MURPHY, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.
- BRENNAN, L. e BINNEY, W. (2010) Fear, guilt and shame appeals in social marketing. *Journal of Business Research*. N°63, pp. 140-146.
- BROU, H., et al. (2007). When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan. *PLoS Medicine*. Vol.4 (n°12), pp. 1912-19.
- BWIRIRE, L.D., et al. (2008). Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in Rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. Vol. 12, n°102. Pp. 1195–1200.
- CIES-IUL/OBERCOM. (2005). *Os Media e as dinâmicas geracionais na sociedade Portuguesa – Análise dos impactos das variáveis geracionais nas práticas mediáticas dos portugueses*. Publicações OberCom, 2015.
- CHAVES, C., et al. (2013). *The importance of training on the topic of AIDS in promoting preventive behaviour among university students*. In 13th World Congress on Public Health. Medimond. Pp. 123-26.
- CHAVES, C., et al. (2010). O ensino superior e a SIDA. *Millenium*. Vol. 39, pp. 73-87.
- CHENG, H., et al. (2011). *Social Marketing for Public Health. Global trends and success stories*. Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
- COLLINS, A. e MADSEN, S. (2006). Personal relationships in adolescence and early adulthood. In VANGELSTI, A. e PERELMAN, D. (eds.) *The Cambridge handbook of personal relationships*. Nova Iorque, Cambridge University Press. Pp. 192-209.

Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS). Sensibilização dos Estudantes do Ensino Superior: Análise Crítica. Disponível em <http://pnvihsida.dgs.pt/estudos-e-estatisticas111111/estudos11.aspx?v=2a92a671-fd1f-4951-88ab-2fee78b55f3a> (consultado a 21/07/2015).

COELHO, Z. e RIBEIRO, S. (2012) O reino do casal heterossexual na publicidade: uma análise sociosemiótica das estratégias visuais e das inscrições discursivas. *Comunicação e Sociedade*. Vol. 21, pp. 205-214.

COREIL, J., BRYANT, C.A e HENDERSON, J. N. Social and behavioral foundations of public health. Thousand Oaks, California. Sage Publications, 2001.

CRAWSHAW, P. (2012). Governing at distance: Social marketing and the (bio) politics of responsibility. *Social Science & Medicine*. Nº 75, pp. 200-207.

CRUZ, F., et al. (1997). Prevenção do VIH e do SIDA nos adolescentes e jovens adultos: investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. Vol. 2 (nº2), pp. 279-304.

CUNHA-OLIVEIRA, A., et al. (2009) A aquisição do preservativo e o seu (não) uso pelos estudantes universitários. *Revista Referência*. Vol. 2 (nº11), pp. 7-22.

CDC. Social Marketing Basics in Social Marketing for Nutrition and Physical Activity Web Course: Introduction. Disponível em <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/socialmarketing/training/basics/index.htm> (consultado a 07/07/2015)

DINES, G. e HUMEZ, J. (eds.) (2003). Gender, race and class in media. A text reader. California, Sage Publications.

DANN, S. (2010). Redefining social marketing with contemporary commercial marketing definitions. *Journal of Business Research*. Nº63, pp-147-153.

DAVIES, J. Kenneth. (2013). Health Promotion: A Unique Discipline? *Health Promotion Forum of New Zealand*.

DGS. (2013). Portugal- Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números. Disponível em <http://pnvihsida.dgs.pt/estudos-e-estatisticas111111/relatorios1/portugal-infecao-vihsida-em-numeros-2013.aspx> (consultado a 21/07/2015).

DGS. (2014). Relatório de Actividades. Disponível em <https://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/instrumentos-de-gestao/planos-e-relatorios-de-atividade-anuais.aspx> (consultado em 14/07/2015).

DGS. (2014b). Portugal- Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números. Disponível em <http://pnvihsida.dgs.pt/estudos-e-estatisticas111111/relatorios1.aspx> (consultado a 14/07/2015)

DGS. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016. Disponível em <http://pnvihsida.dgs.pt/programa-nacional111111111/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infecao-vihsida-2012-2016111.aspx> (consultado a 14/07/2015).

DIAS, S. MATOS, M. e GONÇALVES, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 3 (nº1), pp. 89-102.

EMIS. (2010). Homens que têm Sexo com Homens: Resultados do European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Disponível em http://www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/emis_nationalreport_portugal.pdf (consultado a 20/07/2015).

ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública). (2014). Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal (HLS-EU-PT). Disponível em <http://www.saudequeconta.org/index.php/site/literacia> (consultado a 18/07/2015).

ERIKSON, E. (1965). *Childhood and Society*. Grã-Bretanha, Penguin Books.

ESPANHA, R. (2009). Saúde e comunicação numa sociedade em rede – o caso português. Lousã, Monitor.

FAUCI, A. et al. (1998). *Harrison's principles of internal medicine*. Nova Iorque, McGraw-Hill.

FLOWERS, P., et al. (2003). Re-appraising HIV testing: An exploration of the psychosocial costs and benefits associated with learning one's HIV status in a purposive sample of Scottish gay men. *British Journal of Health Psychology*. Nº8, pp. 179-194.

FOUCAULT, M. (2003). The birth of the clinic. An archaeology of medical perception. Taylor & Francis e-Library.

FREIMUTH, V. e QUINN, S. (2004). The Contributions of Health Communication to Eliminating Health Disparities. *American Journal of Public Health*. Vol. 94, nº 12, pp. 2053-55.

FREITAS, M. (2002). Conhecimentos, opiniões e comportamentos face à SIDA de uma população universitária. Braga, Universidade do Minho.

FRENCH., J. e BLAIR-STEVENSON. C. (2005). Social marketing pocket guide. Londres, National Social Marketing Centre of Excellence.

GAMA, A., (2007). Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA em Populações Migrantes. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

GARCIA, M. (2011). A percepção dos jovens africanos e luso-africanos, residentes no Bairro Quinta da Finte, sobre as acções de IEC (Information, Education, Communication), aplicadas na prevenção das infecções sexualmente transmitidas. Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

GREEN, L. e KREUTER, M. (2005). Health Program Planning: an educational and ecological approach. Nova Iorque, McGraw-Hill.

GRECO, M. (2008). Psychosomatic subjects and the “duty to be well”: personal agency within medical rationality. *Economy and Society*. Vol 22 (nº3), pp. 357-72.

DIBB, S. (2014). Up, up and away: social marketing breaks free. *Journal Marketing Management*, 2014. Vol. 30 (1;2). Pp1159-1185.

HABERMAS, J. (1997). Droit et démocratie. Entre faits et normes. Paris, Éditions Gallimard.

HAMMER, J., FISHER, J. e FITZGERALD, P. (1996). When Two Heads Aren't Better Than One: AIDS Risk Behavior in College-Age Couples. *Journal of Applied Social Psychology*. Vol. 26 (nº5), pp. 375-397.

HARDY, A. e DAWSON, D. (1990). HIV antibody testing among adults in the United States: Data from 1988 NHIS. *American Journal of Public Health*. Nº80, pp. 586- 589.

HEIDER, F. (1946). Attitudes and cognitive organization. *The Journal of Psychology*. Nº 21, pp. 107-11.

JEANNIN, A., et al. (1998). *Voluntary HIV testing*. In HUBERT, M., et al. (eds.). *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe: Comparisons of national surveys*. Londres, UCL Press. Pp. 287-302.

JOHNSON, T. (ed.) (2015). *Handbook of Health Survey Methods*. New Jersey, John Wiley & Sons.

KARIM, Q.A., et al. (2008). The influence of AIDS stigma and discrimination and social cohesion on HIV testing and willingness to disclose HIV in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Global Public Health*. Vol. 3(nº4), pp. 351–365.

KIPPAX, S., et al. (1997). Sexual negotiation in the AIDS era: negotiated safety revised. *AIDS*. Vol. 11 (nº2), pp. 191-97.

KOTLER, P. e ZALTMAN, G. (1971). Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*. Vol. 55, pp. 3-12.

KOTLER, P. e ROBERTO, E. (1989). *Social Marketing. Strategies for Changing Public Behavior*. Nova Iorque, Free Press.

LALONDE, M. (1981). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Canada, Minister of Supply and Services.

LANGFORD, R. e PANTER-BRICK, C. (2013). A health equity critique of social marketing: Where interventions have impact but insufficient reach. *Social Science & Medicine*. Nº 83, pp. 133-141.

LECLERC-MADLALA, S. (2008). Age-disparate and intergenerational sex in southern Africa: the dynamics of hypervulnerability. *AIDS*. Vol 22 (nº4), pp. 17–25.

LOPES, F. (2007). Dos excessos da TV generalista: retratos da informação semanal emitida em horário nobre. *comunicação e Sociedade*. Vol. 11, pp. 135-148.

LUPTON, Deborah. (1995). The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body. Londres, Sage Publications.

MARKTEST/Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. (2013). Atitudes e comportamentos da população portuguesa face ao VIH.

MATOS, M., et al. (2011) Relatório do estudo Aventura Social - Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior.

MEIRELES, P., et al. (2015). *The Lisbon Cohort of men who have sex with men*. Disponível em <http://bmjopen.bmj.com/content/5/5/e007220.full?keytype=ref&ijkey=xCXQAJVMaKuFLQx> (consultado em 20/07/2015).

MILLER, P. e ROSE, N. (1990). Governing economic life. *Economy and Society*. Vol. 19 (nº1).

MONTEIRO, M.J. e VASCONCELOS-RAPOSO, J. (2006) Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 7 (nº1), pp. 125-136.

MOSS, B. e SCHWEBEL, A. (1993). Defining intimacy in romantic relationships. *Family relations*. Vol. 42 (nº1), pp. 31-37.

OBERCOM. (2011). A televisão na Sociedade em Rede. Publicações OberCom.

OBERCOM. (2013). A televisão em Portugal. Análise das audiências e dinâmicas concorrenciais do mercado televisivo português entre 1999 e 2012. Publicações Obercom.

OBERCOM. (2014). A Internet em Portugal. Sociedade em Rede 2014. Publicações Obercom.

OLEIRO, J. (2011). A intimidade nos jovens adultos em contexto de relação amorosa: a influência do sexo e da idade. Lisboa, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

PERRY, M.J. (1998). Gender, Race and Economic Perspectives on the Social Epidemiology of HIV Infection: Implications for Prevention. *Journal of Primary Prevention*. Vol. 19 (nº2), pp. 97-104.

PLUMMER, K. (1982). Symbolic Interactionism and sexual conduct: an emergent perspective. In BRAKE, M. (ed.). in *Human Sexual Relations – towards a redefinition of sexual politics*. Nova Iorque, Pantheon Books. Pp. 223-239.

PRAGER, K. (2000). Intimacy in personal relationships. In HENDRICK, C. e HENDRICK, C. (eds.) *Close relationships: a sourcebook*. California, Sage Publications. Pp. 229-242.

National Cancer Institute. (2001). *Making health communication programs work: A planner's guide*. E.U.A., National Cancer Institute.

REIS, H. (2006). Implications of attachment theory for research on intimacy. In MIKULINCER, M. e GOODMAN, G. (eds.). *Dynamics of Romantic Love – Attachment, caregiving and sex*. Nova Iorque, The Guilford Press. Pp. 383-403

REIS, M., et al. (2012). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. *Revista portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 30 (nº2), pp. 105-114.

RIBEIRO, M. e FERNANDES, A. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol.10 (nº1), pp. 99-113.

ROGERS, R. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*. Vol. 91 (nº1), pp. 93-114.

ROGERS, R. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In CACIOPPO, B et al. (eds.). *Social Psychophysiology: a sourcebook*. Londres, Guilford Press.

ROSENSTOCK, I., et al. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In DICLEMENTE, R. e PETERSON, J. *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. Nova Iorque, Springer Science/Business Media. Pp. 5-24.

ROWLANDS, J. (1995). Empowerment examined. *Development in Practice*. Vol. 5 (nº2), pp. 101-7.

RUBIN, Z. (1979). From liking to loving: Patterns of attraction in dating relationships. In HUSTON, T.L. (ed.). *Foundations of interpersonal attraction*. Nova Iorque, Academic Press. Pp. 283-402.

SACKS, M. e ALLSOP, J. (eds.) (2013). *Researching Health. Qualitative, quantitative and mixed methods*. Cornwall, Sage.

SARACENO, M. e TAMBLING, R. (2013). The sexy issue: visual expressions of heteronormativity and gender identities in Cosmopolitan magazine. *The Qualitative Report* 2013, vol. 18, artigo 80. Pp. 1-18. Disponível em <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR18/saraceno80.pdf> (consultado a 26/07/2015).

SANTOS, M. H. (2004). Sexo para o que der e vier: masculinidade e comportamentos preventivos face à SIDA. In AMÂNCIO, L. (org.) *Aprender a ser homem, construindo masculinidades*. Lisboa, Editora Livros Horizonte. Pp 91-120.

SAJOY, P. B. (2012). Social Marketing: a Theoretical Perspective. *International Journal of Marketing and Technology*. Vol. 2 (08/2012), pp. 227-235. Disponível em <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/intl> (consultado a 07/07/2015).

SCHIAVO, R. (2007). *Health Communication: from theory to practice*. São Francisco, Jossey-Bass Books.

SEAL, D. e ERHARDT, A. (2005). Masculinity and urban men. Perceived scripts for courtship, romantic and sexual interactions with women, In PARKER, R. e AGGLETON, P. (eds.) *Culture, Society and Sexuality*. Nova Iorque, Routledge. Pp. 375-96.

SEF. (2013). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*. Oeiras, 2013. Disponível em http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2013.pdf (consultado a 10/07/2015).

SERRAT, O. (2010). *The future of social marketing*. Washington, DC: Asian Development Bank.

SONNTAG, S. (1988). *Aids and its metaphors*. Nova Iorque, Farrar, Strauss e Giroux.

SILVA, A. (2013). *Dentro de Portas. Trabalhadores de sexo em contexto de interior: utilização e acesso a serviços de Saúde na área da Infecção VIH/SIDA*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

STEAD, M., et al. A systematic review of social marketing effectiveness. *Health Education*. Vol. 107(nº2), pp.126-191.

THOMPSON, G., et al. (eds). (2006). *Examining the Health Disparities. Research Plan of the National Institutes of Health: Unfinished Business*. Washington, D.C, *The National Academies Press*.

THOMPSON, T. et al. (eds.) (2003). *Handbook of Health Communication*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

UNAIDS. (1998). *Social Marketing: An effective tool in the global response to HIV/AIDS*. Disponível em http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC167-SocMarketing_en.pdf (consultado a 13/07/2015).

UNAIDS. (2001). *HIV/AIDS and Communication for Behavior and Social Change: Programme Experiences, Examples and the Way Forward*, Genebra.

UNAIDS. (2010). *Going to Zero: 2011-2015 Strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*. Disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf (consultado a 10/07/2015).

UNAIDS. (2012). Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission: Background and Current Landscape, revised version. Genebra. Disponível em http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/BackgroundCurrentLandscapeCriminalisationHIV_Final.pdf (consultado a 09/07/2015).

UNAIDS. (2012b). Global Report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic. Disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en_1.pdf (consultado em 10/07/2015).

UNAIDS. (2013) *Global Report: UNAIDS Report on the global AIDS epidemic*. Disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf (Consultado a 09/07/2015).

UNAIDS. (2013). Global AIDS response progress reporting 2013. Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV/AIDS. Disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2013_guidelines_en_0.pdf (consultado a 10/07/2015).

UNAIDS. (2014). The Gap Report. Disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf (consultado a 09/07/2015).

UNAIDS. (2014b). Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. Disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf (consultado a 10/07/2015).

UNAIDS. (2014c) 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf (consultado a 10/07/2015).

VALA, J. e MONTEIRO, M. (eds.) (2010). Psicologia Social. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

VILELA, I. (2010). As atitudes, crenças e comportamentos preventivos dos jovens portugueses face ao VIH/SIDA e às campanhas de marketing social de prevenção e combate à doença. Lisboa, ISCTE. Disponível em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/3283> (consultado a 14/07/2015).

WAKEFIELD, M., et al. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*. Vol. 376 (nº9748), pp. 1261-71. Disponível em [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60809-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60809-4/abstract) (consultado a 03/07/2015).

WIEBE, G.D. (1951). Merchandising Commodities and Citizenship on Television. *Public Opinion Quarterly*. Vol. 15, pp. 679-691

WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (consultado a 02/07/2015).

WHO. (1978). Declaration of Alma-Ata. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf (consultado a 02/07/2015)

WHO. (2005). Multy country study on women's health and domestic violence against women. Genebra. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/> (consultado a 09/07/2015).

WHO. (2014). WHO and the media: a major impediment to global health? *The Lancet*. Vol. 383 (06/2014). Disponível em [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60854-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60854-0/abstract) (consultado a 03/07/2015).

ANEXOS

Type of Exposure	Risk per 10,000 Exposures
Parenteral³	
Blood Transfusion	9,250
Needle-sharing during injection drug use	63
Percutaneous (needle-stick)	23
Sexual³	
Receptive anal intercourse	138
Insertive anal intercourse	11
Receptive penile-vaginal intercourse	8
Insertive penile-vaginal intercourse	4
Receptive oral intercourse	low
Insertive oral intercourse	low
Other[^]	
Biting	negligible ⁴
Spitting	negligible
Throwing body fluids (including semen or saliva)	negligible
Sharing sex toys	negligible

ANEXO 1: Probabilidade estimada, por acto, de adquirir o VIH através de uma fonte infectada.

Fonte: ECDC. Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/hiv/policies/law/risk.html>)

Area	Country*	Year of start of reporting	2004		2005		2006		2007		2008	
			N	Rate	N	Rate	N	Rate	N	Rate	N	Rate
EU/EEA												
West	Austria	1980	338	4.2	324	4.0	328	4.0	345	4.2	359	4.3
West	Belgium	1985	1004	9.7	1070	10.2	1018	9.7	1072	10.1	1092	10.2
Centre	Bulgaria	1986	50	0.6	83	1.1	91	1.2	126	1.7	123	1.6
Centre	Croatia	1985	53	1.2	68	1.6	57	1.3	49	1.1	71	1.7
Centre	Cyprus	1986	25	3.5	43	5.9	35	4.7	46	6.1	37	4.8
Centre	Czech Republic	1985	72	0.7	90	0.9	91	0.9	121	1.2	148	1.4
West	Denmark	1990	306	5.7	264	4.9	245	4.5	306	5.6	285	5.2
East	Estonia	1988	743	54.4	621	45.7	668	49.5	633	47.1	545	40.7
West	Finland	1980	124	2.4	134	2.6	191	3.6	187	3.5	147	2.8
West	France	2003	5774	9.3	5985	9.5	5698	9.0	5680	8.9	5764	9.0
West	Germany	1993	2224	2.7	2508	3.1	2666	3.2	2800	3.4	2850	3.5
West	Greece	1983	493	4.5	537	4.8	503	4.5	555	5.0	609	5.4
Centre	Hungary	1985	75	0.7	106	1.1	81	0.8	119	1.2	145	1.5
West	Iceland	1983	4	1.4	8	2.7	11	3.7	13	4.2	10	3.2
West	Ireland	1981	358	8.9	325	7.9	353	8.4	391	9.0	404	9.1
West	Italy	2004	1666	8.7	1490	7.6	2017	8.4	2206	7.1	2463	6.6
East	Latvia	1987	323	14.2	299	13.3	299	13.4	350	15.8	358	16.3
East	Lithuania	1988	135	4.0	120	3.6	100	3.0	106	3.3	95	3.0
West	Luxembourg	1983	68	15.0	53	11.5	53	11.3	44	9.2	59	12.2
West	Malta	2001	16	4.0	15	3.7	24	5.9	14	3.5	28	6.9
West	Netherlands	1980	1183	7.3	1221	7.5	1129	6.9	1232	7.5	1307	8.0
West	Norway	1984	251	5.5	219	4.8	276	5.9	248	5.3	299	6.3
Centre	Poland	1985	669	1.8	707	1.9	818	2.1	802	2.1	841	2.2
West	Portugal	1983	2201	21.3	2026	19.6	2057	19.9	1963	19.0	2050	19.8
Centre	Romania	1987	245	1.1	228	1.1	187	0.9	173	0.8	259	1.3
Centre	Slovakia	1985	15	0.3	21	0.4	27	0.5	39	0.7	53	1.0
Centre	Slovenia	1985	24	1.2	38	1.9	33	1.6	37	1.8	48	2.4
West	Spain	2003	1687	9.7	1648	9.3	1779	9.9	2747	11.3	3310	11.8
West	Sweden	1983	437	4.9	396	4.4	397	4.4	488	5.4	426	4.6
West	United Kingdom	1981	7696	13.0	7888	13.2	7437	12.4	7344	12.1	7220	11.8
	Total EU/EEA		28259	6.5	28535	6.6	28669	6.5	30236	6.7	31405	6.8

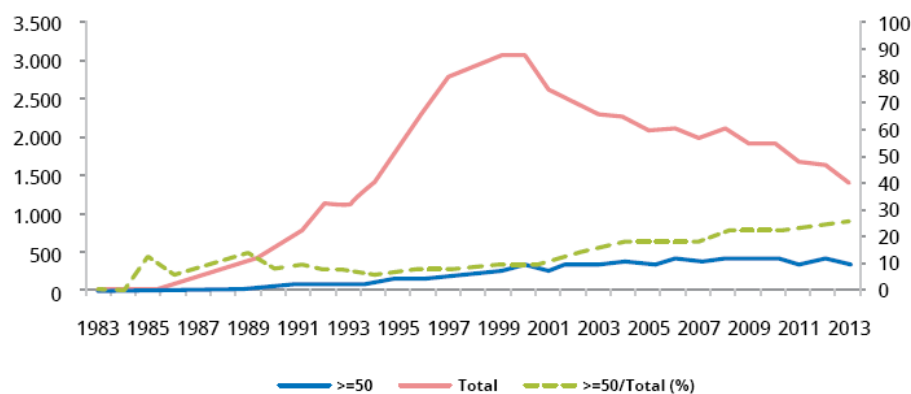
	2009		2010		2011		2012		2013		Cumulative total**	Country*
	N	Rate	N	Rate	N	Rate	N	Rate	N	Rate		
												EU/EEA
	308	3.7	321	3.8	314	3.7	320	3.8	260	3.1	7942	Austria
	1132	10.5	1199	11.1	1183	10.8	1229	11.1	1115	10.0	26 850	Belgium
	171	2.3	163	2.2	201	2.7	157	2.1	200	2.7	1830	Bulgaria
	54	1.3	70	1.6	77	1.8	74	1.8	85	2.0	1111	Croatia
	38	4.8	41	5.0	54	6.4	58	6.7	54	6.2	847	Cyprus
	156	1.5	180	1.7	153	1.5	212	2.0	235	2.2	2122	Czech Republic
	236	4.3	275	5.0	266	4.8	201	3.6	233	4.2	6572	Denmark
	411	30.8	376	28.2	366	27.5	315	23.8	325	24.6	8702	Estonia
	172	3.2	184	3.4	172	3.2	156	2.9	157	2.9	3218	Finland
	5450	8.5	5538	8.6	5414	8.3	5660	8.7	4002	6.1	60047	France
	2885	3.5	2723	3.3	2702	3.3	2975	3.6	3263	4.0	48891	Germany
	600	5.4	634	5.7	946	8.5	1133	10.2	807	7.3	13627	Greece
	140	1.4	182	1.8	162	1.7	219	2.2	240	2.4	2574	Hungary
	15	4.7	24	7.6	23	7.2	19	5.9	11	3.4	310	Iceland
	395	8.7	330	7.3	327	7.2	351	7.7	332	7.2	6976	Ireland
	3797	6.6	3980	6.7	3838	6.5	4098	6.9	3608	6.0	29163	Italy
	275	12.7	274	12.9	299	14.4	339	16.6	340	16.8	5867	Latvia
	180	5.7	153	4.9	166	5.4	160	5.3	177	6.0	2237	Lithuania
	57	11.6	52	10.4	52	10.2	58	11.1	53	9.9	1251	Luxembourg
	19	4.6	18	4.3	21	5.1	30	7.2	36	8.5	223	Malta
	1195	7.2	1187	7.2	1129	6.8	1036	6.2	949	5.7	22044	Netherlands
	282	5.9	258	5.3	269	5.5	242	4.9	233	4.6	5370	Norway
	956	2.5	956	2.5	1115	2.9	1095	2.8	1089	2.8	17 662	Poland
	1864	18.0	1824	17.6	1613	15.6	1542	14.6	1093	10.4	47 390	Portugal
	253	1.3	274	1.4	427	2.1	489	2.4	507	2.5	6077	Romania
	53	1.0	28	0.5	49	0.9	50	0.9	83	1.5	539	Slovakia
	48	2.4	35	1.7	55	2.7	45	2.2	44	2.1	633	Slovenia
	3430	10.5	3666	11.2	3390	10.3	3611	9.5	3278	7.0	29987	Spain
	431	4.7	457	4.9	391	4.2	381	4.0	354	3.7	10787	Sweden
	6630	10.8	6329	10.2	6165	9.9	6238	9.8	5994	9.4	133606	United Kingdom
	31633	6.4	31731	6.4	31339	6.3	32493	6.5	29157	5.7	504455	Total EU/EEA

ANEXO 2: Diagnósticos de infecção VIH e percentagens por 100.000 habitantes, por país e ano de diagnóstico (2004-2013) e totais cumulativos em países da EU. Fonte: ECDC, *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2013*.

	n.º casos / Data de Diagnóstico	Masculino	Feminino	Feminino/Masculino
1983	3	2	1	0,50
1984	8	6	2	0,33
1985	42	39	3	0,08
1986	91	76	15	0,20
1987	185	150	34	0,23
1988	300	244	56	0,23
1989	422	353	69	0,20
1990	595	488	107	0,22
1991	773	614	159	0,26
1992	1.113	893	218	0,24
1993	1.190	950	240	0,25
1994	1.452	1.134	317	0,28
1995	1.860	1.432	427	0,30
1996	2.374	1.807	567	0,31
1997	2.746	2.138	608	0,28
1998	2.930	2.200	729	0,33
1999	3.064	2.354	710	0,30
2000	3.097	2.317	779	0,34
2001	2.593	1.833	759	0,41
2002	2.452	1.701	750	0,32
2003	2.281	1.574	706	0,45
2004	2.247	1.501	746	0,50
2005	2.073	1.430	643	0,45
2006	2.097	1.412	685	0,49
2007	2.003	1.341	662	0,49
2008	2.090	1.432	658	0,46
2009	1.901	1.300	601	0,46
2010	1.931	1.306	625	0,48
2011	1.688	1.173	515	0,44
2012	1.640	1.158	482	0,42
2013	1.416	996	420	0,42
Total	48.657	35.354	13.293	0,38

ANEXO 3: Distribuição dos casos de infecção por VIH, por data de diagnóstico, por género e relação feminino-masculino, em Portugal. Retirado do Relatório Portugal Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números 2014. Dados recolhidos a 31.08.2014¹²¹. Fonte: INSA

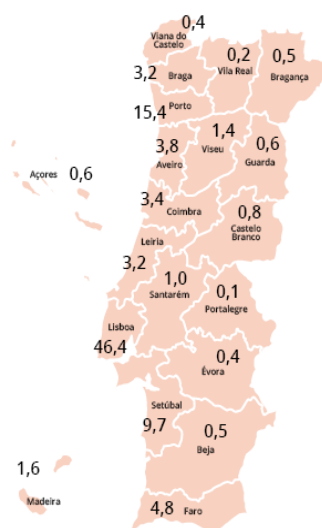
¹²¹ A disparidade existente entre os dados nacionais apresentados no quadro 1, que corresponde a um enquadramento europeu e aqueles que se reportam apenas à situação portuguesa (quadro 2) justifica-se pelo facto de os números serem reportados mais cedo às instâncias internacionais e pelo atraso no sistema de notificação português. Os dados do quadro 2 são, pelo facto de serem mais actuais e por cruzarem várias fontes de informação, mais fidedignos.



ANEXO 4: Distribuição dos casos de Infecção por VIH, no total e no grupo etário “50 ou mais anos” e proporção de casos notificados em indivíduos com 50 ou mais anos, por ano de diagnóstico. Retirado de *Relatório Portugal Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números*. Dados recolhidos a 31.08.2014.

Infecção por VIH										
Ano	Categoria de Transmissão								Total	
	Homens que fazem sexo com homens (HSH)	Utilizador de drogas injetáveis (UDI)	HSH/UDI	Hemofílico	Transfusionado	Heterossexual	Mãe/Filho	Nosocomial		Não referida
1983	2					1			3	
1984	4				1	3			8	
1985	19	7		8	3	5			42	
1986	29	19	1	15	3	22		2	91	
1987	58	22	4	21	6	61	2	11	185	
1988	114	48	3	14	15	82	1	23	300	
1989	133	81	8	12	23	121	11	33	422	
1990	202	145	10	6	24	164	13	31	595	
1991	200	254	9	11	33	214	6	46	773	
1992	231	475	20	11	19	284	17	56	1.113	
1993	210	593	17	6	18	298	11	37	1.190	
1994	219	727	16		23	397	27	43	1.452	
1995	247	991	27	4	19	514	22	36	1.860	
1996	238	1.370	26	2	11	662	20	1	44	2.374
1997	259	1.617	20		12	774	15		49	2.746
1998	250	1.628	27	4	6	957	18	1	39	2.930
1999	282	1.657	16	3	5	1.026	22		53	3.064
2000	237	1.574	17	6	10	1.190	12		51	3.097
2001	218	1.089	14	1	6	1.187	17		61	2.593
2002	241	847	8	2	8	1.284	31	1	30	2.452
2003	258	713	6	1	8	1.221	26		48	2.281
2004	268	617	9		4	1.296	20		33	2.247
2005	277	558	11	4	2	1.166	10		45	2.073
2006	333	485	3		2	1.227	11		36	2.097
2007	297	398	3	1	3	1.251	18		32	2.003
2008	409	367	7		1	1.249	15		42	2.090
2009	389	256	3		2	1.184	15		52	1.901
2010	442	240	4		1	1.185	17		42	1.931
2011	448	150	2		2	1.047	9	1	29	1.688
2012	478	140	6		5	982	5	1	23	1.640
2013	411	97	4		2	876	7		19	1.416

ANEXO 5: Distribuição dos casos de Infecção por VIH, por ano de diagnóstico e por categoria de transmissão, em Portugal (1983 a 2013). Retirado de *Relatório Portugal Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números*. 2014.

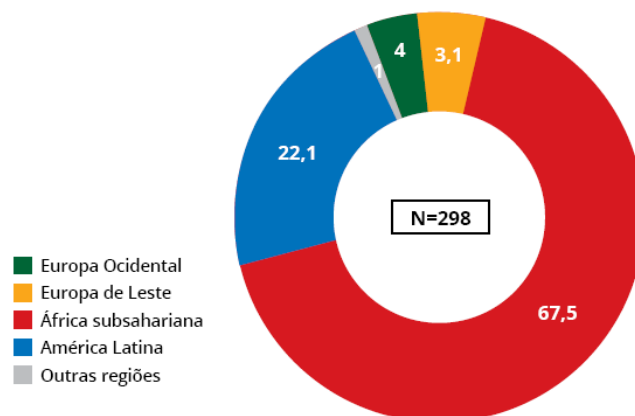


Estrangeiro 0,4
NR 1,6

ANEXO 6: Proporção dos casos notificados de Infecção por VIH, no total de casos notificados, com ano de diagnóstico de 2013 por distrito de residência e Regiões Autónomas. Retirado do relatório *Portugal Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números 2013*. Fonte: Dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014). Estimativas *ad hoc* de população residente em 31/12/2011, Portugal, NUTS I, II e III (NUTS 2002).



ANEXO 7: Distribuição geográfica da população estrangeira residente em Portugal.
Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo, 2013.



ANEXO 8: Distribuição percentual dos casos notificados em imigrantes, por região de origem, em Portugal (2013).

Retirado do relatório *Portugal Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números 2014*.

Fonte: Dados do INSA, DDI-URVE, recolhidos em 31.08.2014.

	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	Açores	Madeira
Total de estrangeiros	13,1	13,9	51,6	6,0	13,2	0,8	1,4
UE27 (exceto PT)	16,2	14,8	31,5	9,2	25,3	0,8	2,2
PALP	6,4	6,5	79,7	2,1	4,5	0,5	0,3
Europa de Leste	13,2	24,1	33,2	8,4	19,5	0,4	1,2
Brasil	13,4	13,9	56,7	5,6	8,9	0,6	0,9
Cabo Verde	4,8	4,1	82,1	2,4	5,6	0,9	0,2
Ucrânia	15,2	26,9	30,0	8,6	17,8	0,4	1,1
Angola	10,1	9,6	73,6	2,4	3,6	0,3	0,3
Roménia	8,5	9,5	45,1	14,0	21,8	0,1	0,9
Guiné-Bissau	3,2	4,1	85,7	0,9	5,5	0,3	0,4
Reino Unido	5,7	14,5	13,6	4,1	56,9	0,4	4,8
França	38,1	26,5	21,7	4,1	7,8	0,5	1,3
China	23,3	13,8	43,1	10,0	7,6	1,1	1,1
Espanha	28,0	11,1	44,2	9,2	6,2	0,6	0,8

ANEXO 9: Distribuição dos principais grupos de estrangeiros nas regiões portuguesas em 2011 (%).

Retirado do relatório estatístico decenal 2014: Monitorizar a integração de imigrantes em números.

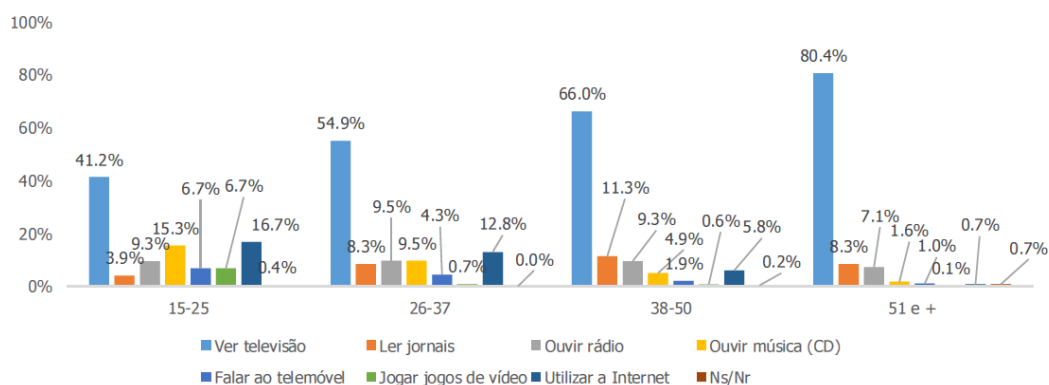
Observatório das migrações. Fonte: Censos 2011.

	Concelho de Lisboa	Portugal
S80/S20	6,7	4,8
1º Quintil (20% mais pobres)	7,1	9,4
2º Quintil	9,8	11,5
3º Quintil	14,3	14,4
4º Quintil	21,6	20,0
5º Quintil (20% mais ricos)	47,2	44,7

ANEXO 10: Parte do ganho total auferida pelos quintis e S80/S20 no concelho de Lisboa e em Portugal. Retirado do estudo *Desigualdades de ganho nas freguesias do concelho de Lisboa*, do Observatório das Desigualdades.

Fonte: Quadros de Pessoal 2009 (GEP/MTSS).

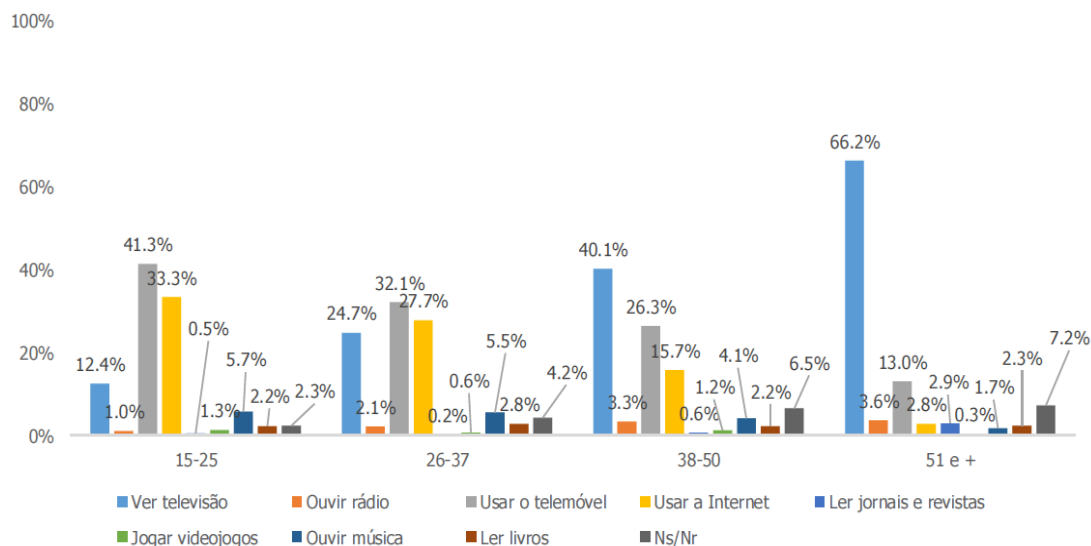
Nota: Trabalhadores a tempo completo e com remuneração base completa.



ANEXO 11: Eleição da actividade mediática mais interessante, por gerações informacionais.

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede 2004, retirado de *Os Media e as dinâmicas geracionais na sociedade Portuguesa*.

OberCom, 2015.



ANEXO 12: Actividade que seria mais difícil o inquirido deixar de fazer, por gerações informacionais.

Fonte: Inquérito Sociedade em Rede 2013, retirado de *Os Media e as dinâmicas geracionais na sociedade Portuguesa*.

OberCom, 2015.

	15-25	26-37	38-50	51 e +
Desporto	49.3%	52.0%	54.1%	47.6%
Reality shows	58.0%	39.8%	35.2%	26.9%
Concursos (Ex. Preço Certo)	35.3%	40.7%	39.5%	46.2%
Telenovelas	54.7%	59.3%	52.8%	65.7%
Programas de humor	41.3%	37.1%	34.3%	28.3%
Programas de música	38.7%	33.5%	29.6%	24.1%
Séries nacionais	33.3%	39.8%	33.9%	31.8%
Filmes nacionais	32.7%	37.1%	30.0%	29.9%
Talk-shows (Ex. Praça da Alegria)	21.3%	25.3%	29.2%	37.4%
Desenhos animados	14.0%	14.0%	7.3%	3.9%
Notícias	87.3%	91.9%	92.3%	94.0%
Debates / Entrevistas (Ex. Prós e Contras)	24.0%	30.3%	42.5%	44.8%
Documentários / Grandes reportagens	56.7%	65.2%	67.0%	61.9%

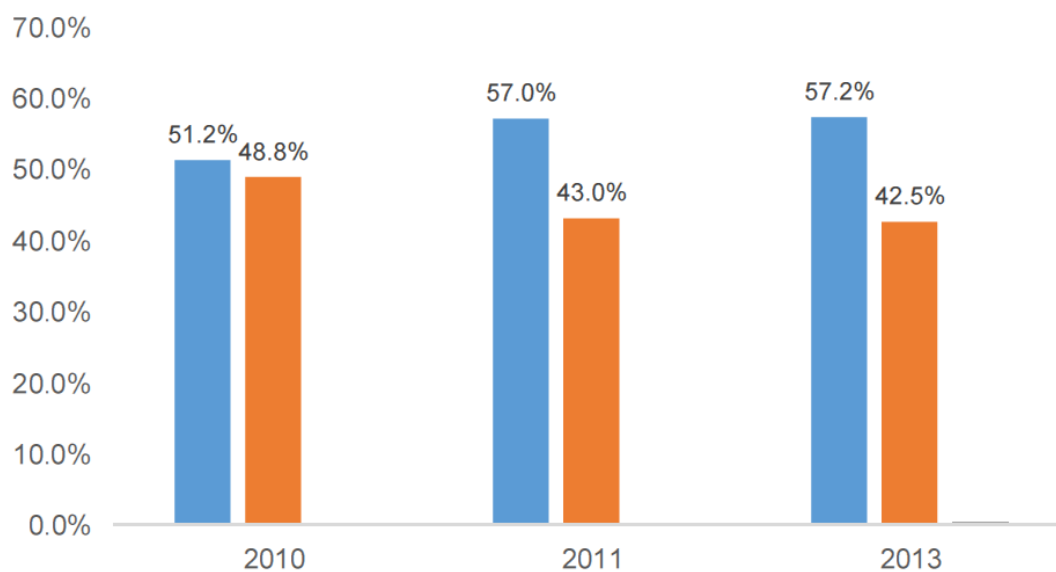
n=1035 (todos os inquiridos). Fonte: ERC - Inquérito ao Consumo de Notícias. Edição: OberCom.

ANEXO 13: Géneros televisivos mais vistos habitualmente por gerações informacionais (resposta múltipla). Portugal, 2014.

Anos	Utilização de computador por nível de escolaridade				Utilização de Internet por nível de escolaridade			
	Total	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior	Total	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
2002	27,4	15,0	71,6	81,6	19,4	8,5	56,9	68,6
2003	36,2	22,2	81,3	89,9	25,7	12,6	66,5	77,6
2004	37,2	21,9	83,3	91,9	29,3	14,5	72,7	84,2
2005	39,6	24,1	85,8	90,2	32,0	16,4	77,0	85,1
2006	42,5	26,8	86,9	91,0	35,6	19,5	80,3	86,9
2007	45,8	30,3	87,9	93,5	39,6	23,9	80,9	89,5
2008	45,9	30,2	90,0	92,5	41,9	25,7	86,9	90,5
2009	51,4	35,5	91,2	95,1	46,5	30,1	86,8	92,6
2010	55,4	39,7	94,3	97,0	51,1	34,3	92,2	95,7
2011	58,2	40,9	95,4	95,4	55,3	37,3	93,3	94,8
2012	62,4	44,6	95,8	95,8	60,3	42,1	93,9	95,4
2013	64,0	45,4	95,7	95,8	62,1	43,1	94,0	95,3
2014	66,0	46,0	96,0	97,0	65,0	45,0	94,0	97,0

ANEXO 14: Indivíduos que utilizam computador e Internet em % do total de indivíduos, por nível de escolaridade mais elevado completo.

Fonte: INE/PORDATA. Dados recolhidos a 26/06/2015.



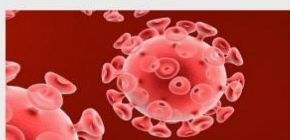
ANEXO 15: Acesso à Internet nos agregados domésticos, em Portugal, entre 2011 e 2013.

Fonte: OberCom. *A Internet em Portugal. Sociedade em Rede* 2014.

Retirado de OberCom. Inquérito Sociedade em Rede 2010, 2011 e 2013.

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção por VIH/SIDA

2012-2016



A Infecção pelo VIH

é reconhecida internacionalmente como uma ameaça ao desenvolvimento económico e social das populações.

As metas para 2012-2016 do Programa Nacional VIH/SIDA

foram elaboradas a partir de um processo de reflexão interna e de consulta aos principais parceiros dos setores público e privado, na perspetiva de garantir uma abordagem multisetorial da resposta nacional à infecção.



Propõe, até ao final de 2016, seis importantes objetivos, a saber:

1. Reduzir em Portugal o número de novas infeções por VIH em 25%
2. Diminuir de 65% para 35% os diagnósticos tardios de infeção pelo VIH;
3. Diminuir em 50% o número de novos casos de SIDA;
4. Diminuir em 50% o número de mortes por SIDA;
5. Aumentar para 95% a proporção dos indivíduos que dizem usar preservativo em relações sexuais ocasionais;
6. Eliminar a transmissão da infeção por VIH da mãe para o filho.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA colabora com a ONUSIDA, ao trabalhar para que 90% das pessoas infetadas conheçam o seu diagnóstico, 90% de casos estejam em tratamento e 90% dos casos em tratamento se encontrem em supressão virológica.



Em 2013, verificou-se um decréscimo mais acentuado:

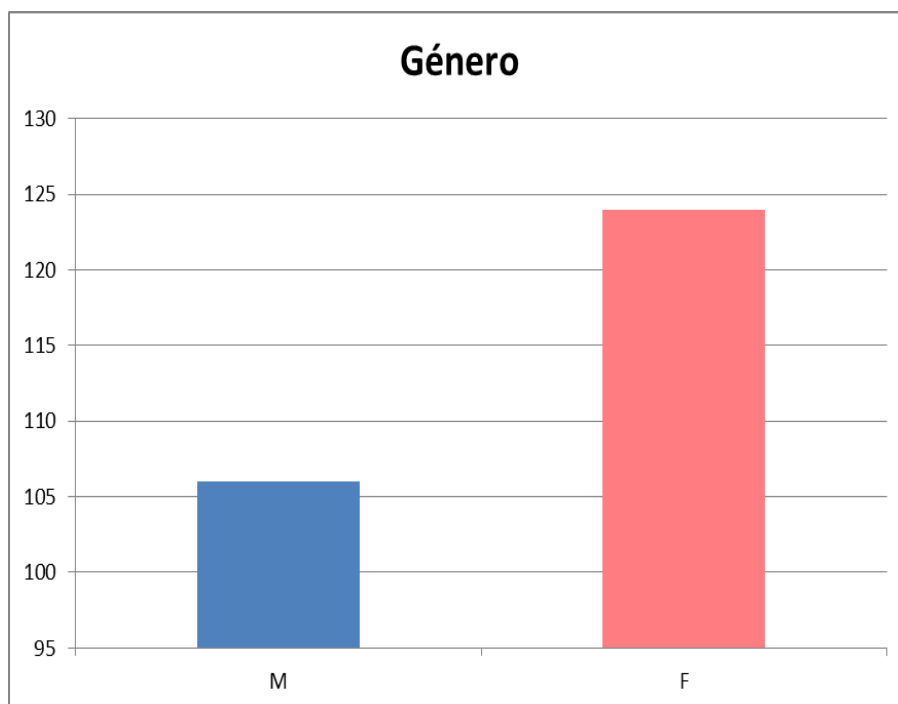
- No nº de novos casos de infeção por VIH;
- Do nº de novos casos de SIDA;
- Do nº de óbitos associados à infeção por VIH.

A transmissão mãe-filho da infeção por VIH ocorreu apenas em 2 casos dos 197 recém-nascidos de mães infetadas por VIH.

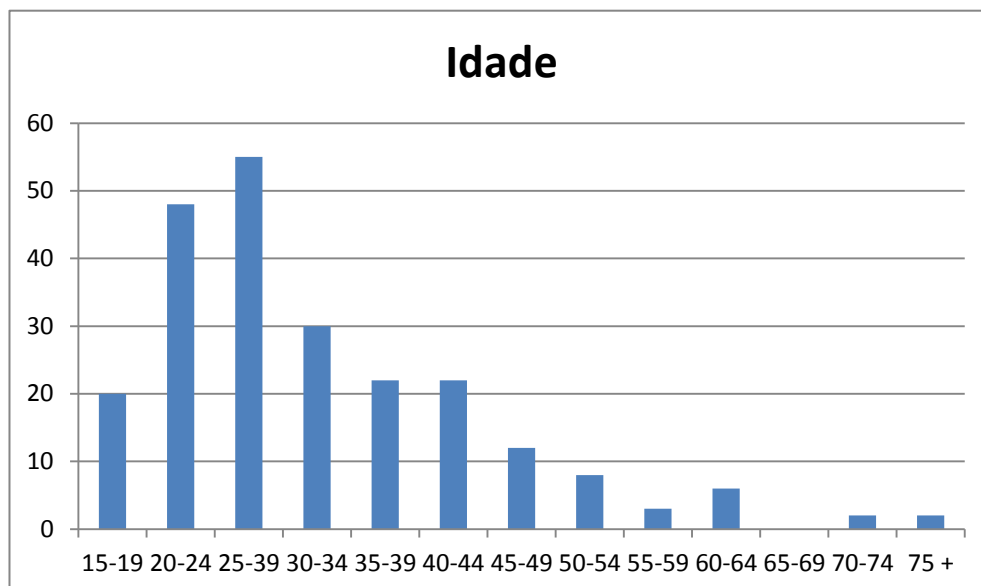


Sabemos que, hoje, estamos mais próximos do nosso ponto de chegada.

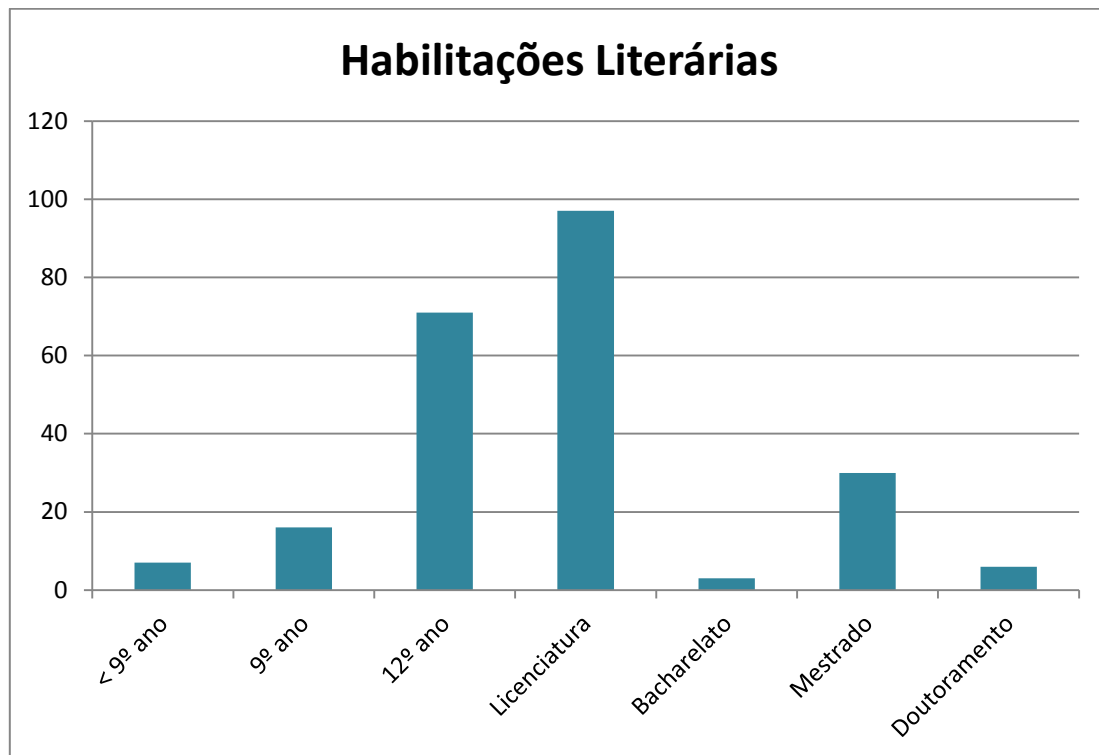
Gráficos e tabelas referentes ao questionário realizado



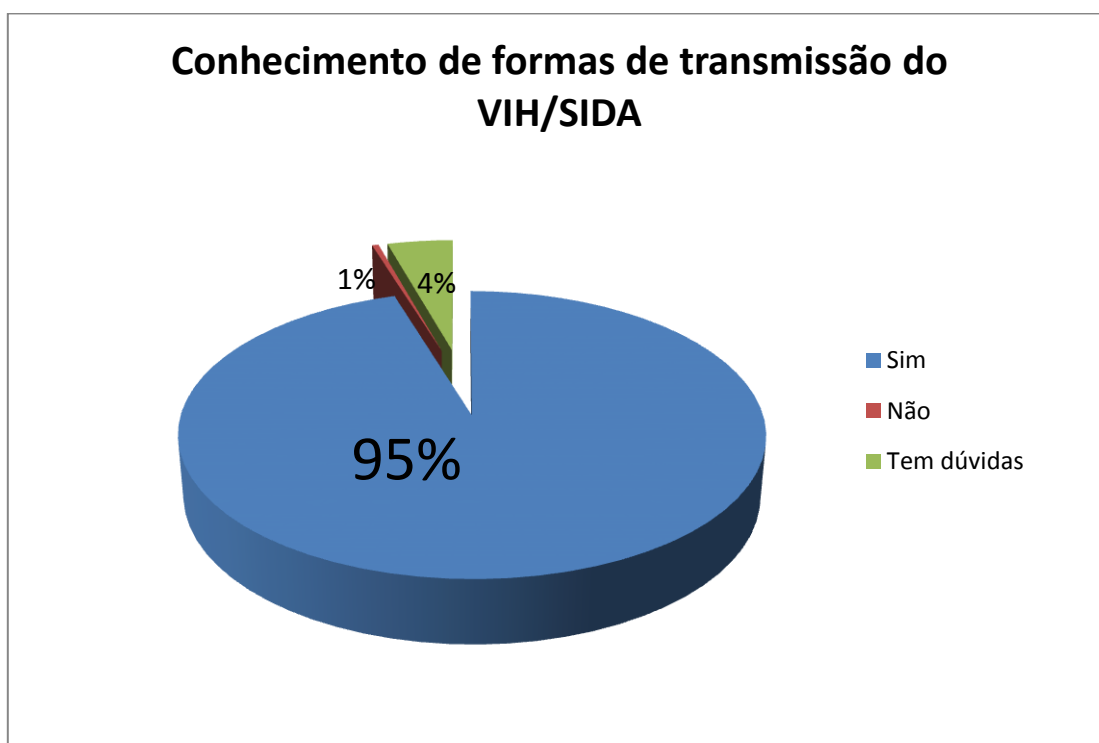
ANEXO 17: Distribuição dos inquiridos por género.



ANEXO 18: Distribuição dos inquiridos por idades.

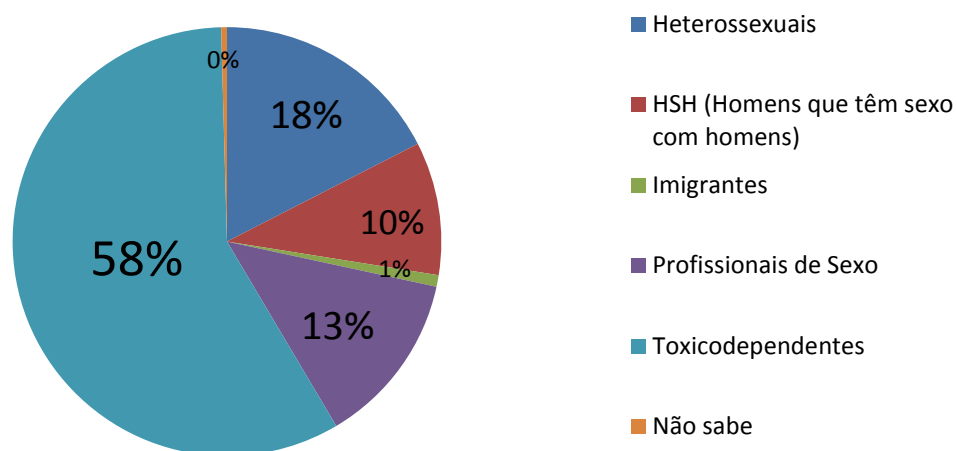


ANEXO 19: Distribuição dos inquiridos por habilitações literárias.



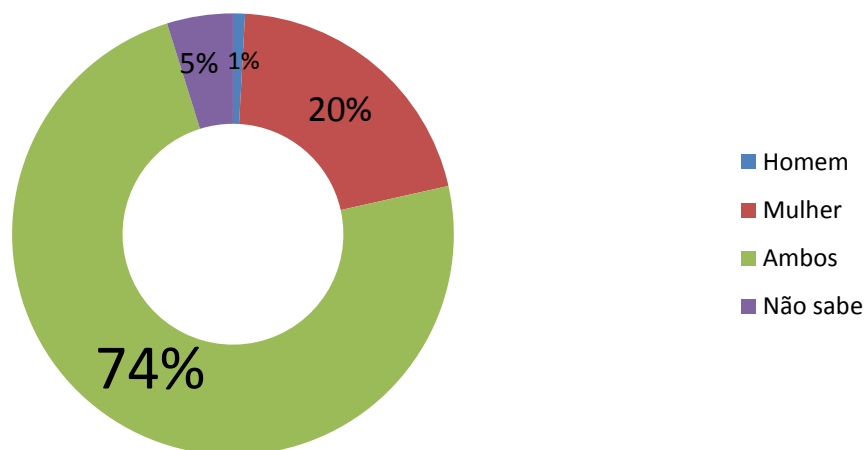
ANEXO 20: Conhecimento de formas de transmissão do VIH/SIDA

Grupo em que considera haver maior nº de casos de infecção por VIH/SIDA em Portugal, até à data



ANEXO 21: Grupo em que considera haver maior nº de casos de infecção por VIH/SIDA em Portugal, até à data Junho de 2015)

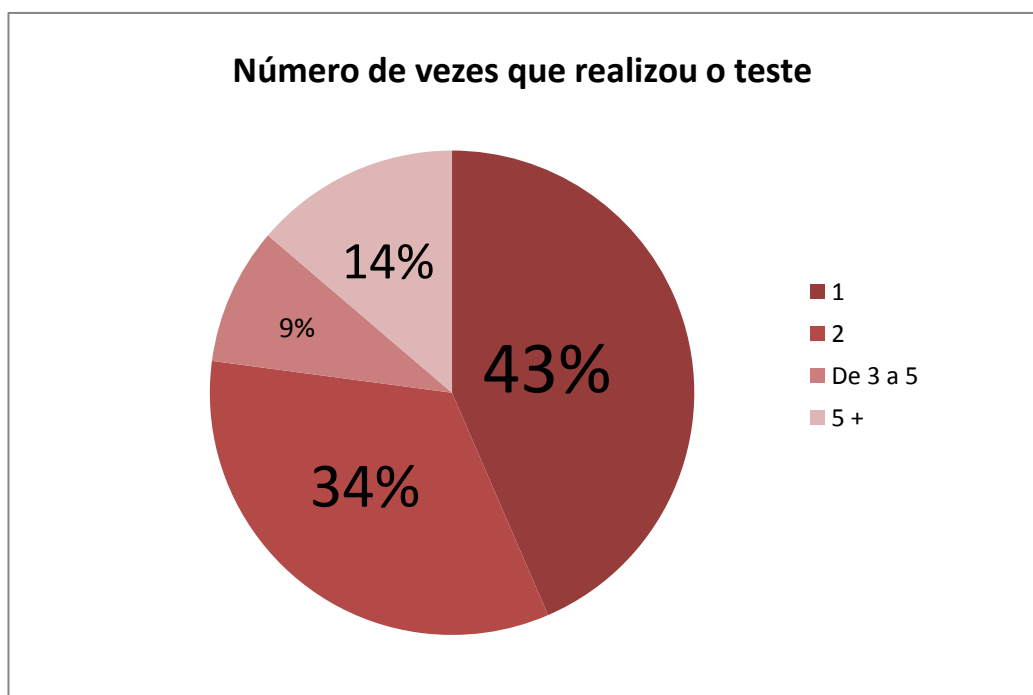
Sexo que considera ser biologicamente mais vulnerável a contrair a infecção por VIH/SIDA



ANEXO 22: Sexo que considera ser biologicamente mais vulnerável a contrair a infecção por VIH/SIDA.



ANEXO 23: Índices de realização do teste ao VIH/SIDA.



ANEXO 24: Número de vezes que realizou o teste ao longo da vida, em %.

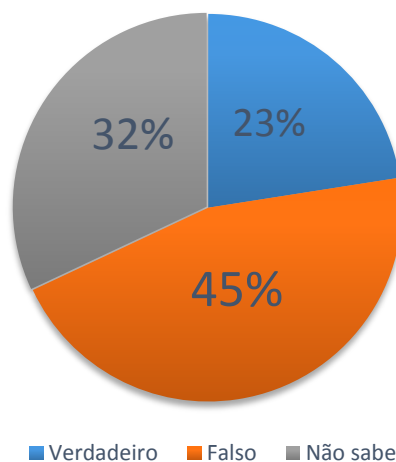


ANEXO 25: Razões pelas quais realizou o teste ao VIH/SIDA.



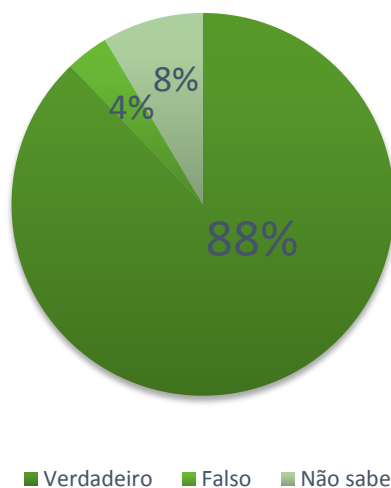
ANEXO 26: “Após suspeita ou certeza de exposição ao vírus, devo dirigir-me o mais cedo quanto possível a um sítio onde posso realizar o teste”.

Existem medicamentos que, se tomados algumas horas após contato com o vírus, podem impedir o estabelecimento do mesmo no organismo.



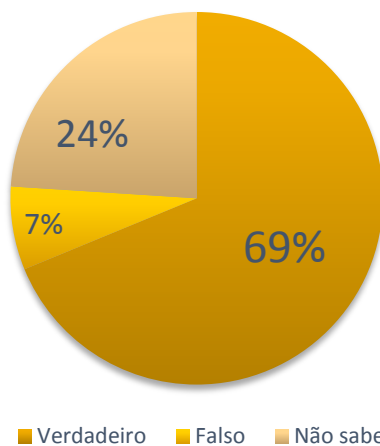
ANEXO 27: “Existem medicamentos que, se tomados algumas horas após contacto com o vírus, podem impedir o estabelecimento do mesmo no organismo”.

Quanto mais precoce for a detecção do vírus, maior é a probabilidade de controlar a sua difusão e o aumento da carga viral



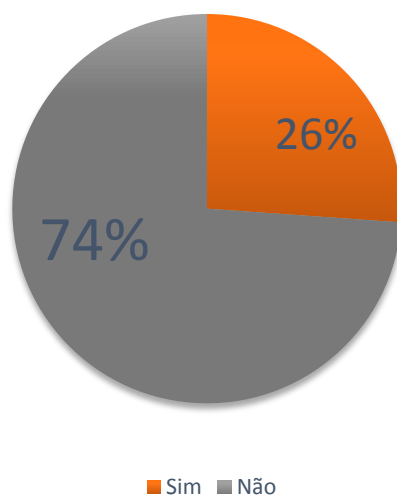
ANEXO 28: “Quanto mais precoce for a detecção do vírus, maior é a probabilidade de controlar a sua difusão e o aumento da carga viral”.

Posso realizar o teste ao VIH sem prescrição médica, de forma anónima e gratuita, nos locais existentes para o efeito



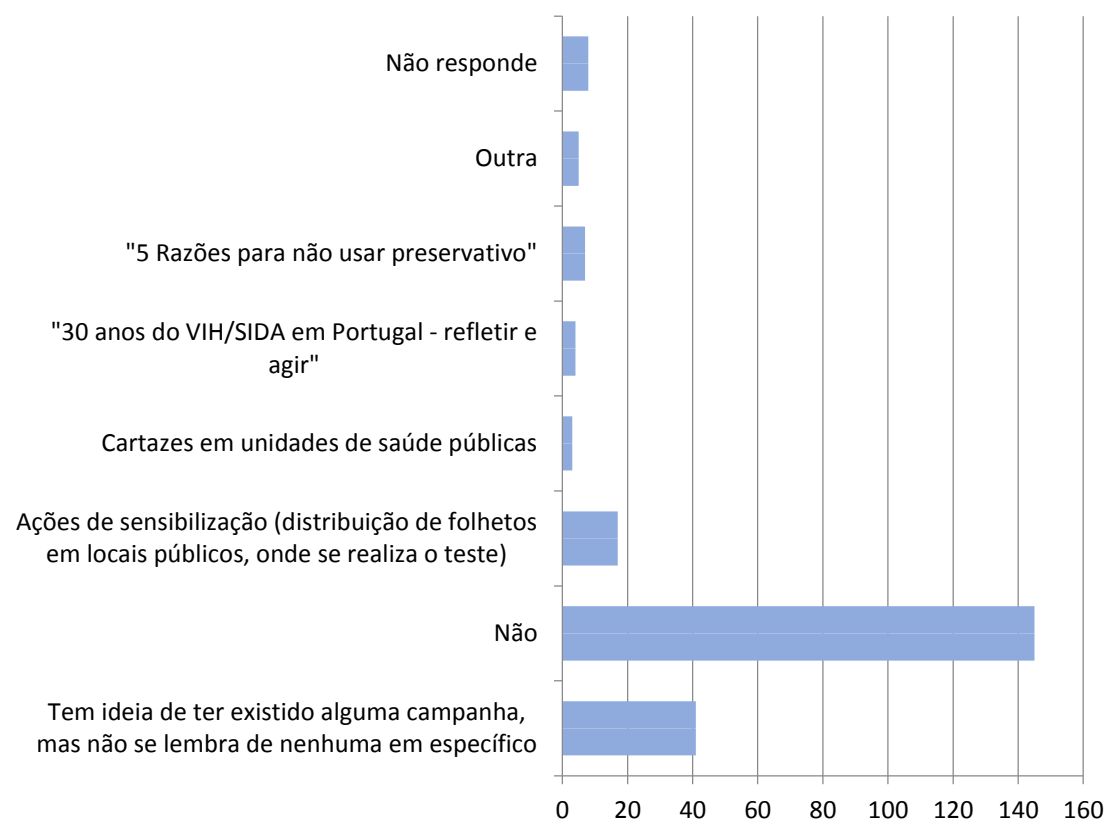
ANEXO 29: “Posso realizar o teste ao VIH sem prescrição médica, de forma anónima e gratuita, nos locais existentes para o efeito.”

Conhecimento de sítios onde realizar o teste de forma anónima e gratuita



ANEXO 30: Conhecimento de sítios onde realizar o teste de forma anónima e gratuita, no concelho de residência

Memória de campanhas passadas



ANEXO 31: Memória de campanhas de prevenção para o VIH/SIDA, no passado.

Tabelas

Sexo	
Masculino	106
Feminino	124

Idade	
15-19	20
20-24	48
25-39	55
30-34	30
35-39	22
40-44	22
45-49	12
50-54	8
55-59	3
60-64	6
65-69	0
70-74	2
75 +	2

Habilitações Literárias	
< 9º ano	7
9º ano	16
12º ano	71
Licenciatura	97
Bacharelato	3
Mestrado	30
Doutoramento	6

Conhecimento de formas de transmissão	
Sim	219
Não	1
Tem dúvidas	10

Grupo de Risco	
Heterossexuais	40
HSH (Homens que têm sexo com homens)	23
Imigrantes	2
Profissionais de Sexo	30
Toxicodependentes	133
Não sabe	1

Maior vulnerabilidade	
Homem	2
Mulher	47
Ambos	168
Não sabe	11

Razões	
Comportamento de risco	16
Rotina	44
Gravidez	20
Transfusão de sangue	18
Razões profissionais	14
Empréstimo bancário	12
Rotina + comportamento de risco	7
Rotina + gravidez	5
Por questões de saúde (doença)	6

8.1. Após suspeita ou certeza de exposição ao vírus devo dirigir-me o mais cedo quanto possível a um sítio onde posso realizar o teste	
Verdadeiro	168
Falso	41
Não sabe	13

Entrevistas

1. Entrevista a Maria João Brás, activista e membro da GAT



Maria João descobriu que tem SIDA em 1995. Acredita que uma carga mal lavada foi responsável por ter contraído a infeção, na altura em que o programa "Troca de Seringas" ainda estava no início e a partilha de cargas e algodão era comum entre os utilizadores de drogas injectáveis.

Estava grávida. Uma gastroenterite aguda levou-a para o hospital, onde estranhou a demora no diagnóstico.

"Por que é que eu ainda não saí daqui?", perguntou Maria João à enfermeira.

"Suspeitamos que tem SIDA, mas ainda não temos a certeza, precisamos de fazer mais testes", disseram-lhe. Sentiu a crueldade da notícia. Não tinha tido visitas, estava afastada de outras grávidas, porque tinha vindo da REMAR e havia receio de que fosse portadora de outras doenças.

No início, pensavam que o problema derivava da hepatite C, que Maria João já tinha contraído. Mas quase no fim do parto, aos 8 meses, teve a certeza de que era SIDA. Depois, o nascimento do João trouxe-lhe uma grande alegria. O filho não era seropositivo. "Comemorei no hospital a usar drogas, apesar de na gravidez ter iniciado um programa de limpeza."

Maria João pensava que iria morrer em breve. Por isso, passou a testar os limites da vida que lhe restava. Começou a consumir mais, só queria "curtir a vida". Mas, mesmo nesse tempo, nunca deixou de acompanhar o filho, que precisava de ter vigilância médica regular. Aos dois anos,

diagnosticaram hepatite C à criança. Maria João não quis acreditar, pensava que o diagnóstico era uma forma de discriminação. "O meu filho não lhes servirá de cobaia", afirmou na altura.

Mas com o tempo, acabou por aceitar que o filho fosse tratado. "Por vezes, também vemos discriminação onde ela não existe", reconhece.

Foi uma altura difícil. A sua vida girava em torno da droga. "Vivemos numa grande azáfama, esquecemos muitas coisas. Também não vamos ao médico, porque a droga impede que fiquemos doentes."

Até que chegou a um ponto em que já não conseguia trabalhar para consumir. Então decidiu parar com as drogas, e valorizou o facto de ter sobrevivido.

Mas a sua vida não acalmou. Em 2000, teve o primeiro surto de tuberculose. Aos 14 meses, abandonou o tratamento que já se prolongava para além dos 12 previstos. "Juntamente com o tratamento para o VIH, eu tomava cerca de 23 comprimidos por dia, o que era muito violento."

No dia 25 de Dezembro desse ano, o pai morreu de tuberculose. Alguns dias depois, Maria João desconfiou de novo surto da doença. No hospital disseram-lhe que estava tudo bem, por isso quando foi à médica que a acompanhava regularmente, não julgava possível que tivesse mesmo infectada com uma tuberculose multiresistente.

Maria João passou a deslocar-se todos os dias ao centro de tuberculose para a toma assistida. Os medicamentos desencadearam uma reação alérgica na pele. As feridas que tinha na cara estavam sempre a abrir. Gastava entre 200 a 300 euros por mês em produtos para a pele, sem participação. Nada resultava. "Até para ir à janela estender roupa tinha de pôr protector", relembra.

As complicações derivadas da doença só terminaram em 2008. Maria João diz que foi o apoio do filho, do marido e dos amigos próximos o que a ajudou a suportar tudo. E também do Luís Mendão, presidente da GAT.

"Sempre fui uma lutadora, não queria desiludir aquelas pessoas. Uma vez o sobrinho do Luís veio buscar-me a casa. Disse-me "o Luís marcou consulta para ti. Mexe-te, que é às duas da tarde." Eu não queria ir, e naquele dia fui só por causa do Luís."

À restante família, de quem não é muito próxima, nunca disse que tem SIDA. Na altura em que soube, foi aconselhada a não contar à mãe, que tinha problemas cardiovasculares. Depois, também para evitar ser discriminada no seio familiar. "Mas penso que toda a gente sabe", afirma, "às vezes dizem-me: vi-te na televisão" e eu pergunto "e fiquei bem?".

Activista em várias causas, entre as quais a luta contra a SIDA, Maria João já foi confrontada com algumas situações de discriminação. Na sua opinião, seria necessária mais formação em áreas como a saúde ou a educação. "A educação sexual nas escolas faz muita falta.", reconhece.

Apesar de julgar que, hoje em dia, é possível para um seropositivo fazer uma vida dentro da normalidade, assume que o estigma ainda existente dificulta a vida em sociedade. “Se uma pessoa com SIDA quiser pedir um empréstimo para uma casa, por exemplo, terá de mentir no questionário para o banco.” Capaz de enfrentar qualquer desafio, Maria João encara cada dia novo com um sorriso amável e um à-vontade contagiante. Enquanto caminha para a entrada do GAT e nos vamos despedindo, comenta ainda alguns aspectos que precisam de ser melhorados no combate à SIDA. “O nosso objetivo é reduzir o número de novos casos para O!”, conclui.

2. Entrevista a Diana Silva, enfermeira no *In Mouraria*, GAT

O espaço *In Mouraria*, cedido pela Câmara Municipal de Lisboa, dirigia-se, inicialmente, a utilizadores de drogas, estando aberto apenas das 17h às 20h. Mas o apoio da *Gilead* proporcionou-lhes a oportunidade de ter um horário dirigido a migrantes.

A parte fixa da coordenação do projeto é da responsabilidade de Diana Silva, enfermeira, ao passo que a Edna, psicóloga, está encarregada do apoio psicológico prestado.

O *In Mouraria* Migrantes é dirigido ao rastreio precoce da infeção por VIH, hepatite e sífilis. A produção de materiais abrange a elaboração de informação, também com tradução para outras línguas. Têm um *kit*, vinis, uma página do *Facebook* e a colocação de serviços numa página da *internet*. Fazem distribuição de preservativos duas vezes por semana, em bares e restaurantes como o *B’Leza*, ou em associações de imigrantes como a *Casa do Brasil*. Desde Junho de 2013, têm o apoio da *Solidariedade Imigrante*. Pretendem, a partir de Outubro, alargar a rede de rastreio.

Estão a elaborar um estudo que vai sair no 1^a semestre de 2015.

Diana considera que o projecto pode ser dinamizado com a contratação de mais um recurso humano e com o aumento do apoio financeiro.

Existem ainda outras barreiras, ao nível da prevenção e combate à infeção: a estigmatização das pessoas que contraíram o vírus, o difícil acesso aos cuidados primários de saúde, por parte dos imigrantes e a falta de informação esclarecedora sobre o tema.

O grupo que considera mais problemático, dentro dos indivíduos infectados, é o da população oriunda da África subsariana. Os testes reactivos ocorrem maioritariamente em pessoas oriundas da Guiné-Bissau, Angola e Cabo Verde.

Diana considera as campanhas de prevenção insuficientes, salientando o quão raro é encontrar informação sobre o tema.

Das pessoas que recebem, 85% foi porque tiveram relações sexuais desprotegidas.

A resistência à utilização de preservativo não se deve a dificuldades na colocação. As mulheres dizem ter dificuldade em conseguir que o homem o utilize (existindo uma grande adesão

ao preservativo feminino), ao passo que os homens os homens afirmam perder a erecção.

A resistência à utilização do preservativo varia conforme o nível de escolaridade: quanto mais baixo for, mais difícil é convencer as pessoas.

Diana afirma ainda que a crença que deve ser modificada para que haja uma alteração significativa na atitude das pessoas em relação à SIDA é: “O VIH não é algo que aconteça só aos outros.” É comum afirmarem que não correm riscos, mas no entanto não usaram preservativos nas relações sexuais, não fizeram nenhum teste ao VIH e têm parceiros ocasionais.

As pessoas pensam que quem tem SIDA tem mau aspecto. Associam a doença à morte. Por isso, têm medo de fazer o teste. É necessário que se crie informação correcta e esclarecedora.

Existe um saber muito longínquo, no que concerne a este assunto. Há uma ideia muito geral, que também varia de acordo com o nível de escolaridade. Não houve acesso a informação, e em muitos casos, a língua não facilita.

Diana considera como “médio” o nível de informação da população relativamente a este assunto.

O grupo que mais procura este espaço é o dos homens de origem cabo-verdiana, com idades entre os 25 e os 40 anos. Os migrantes dirigem-se ao *In Mouraria* para fazer o teste, em primeiro lugar, e depois para irem buscar preservativos.

Na opinião da enfermeira, uma campanha devidamente estruturada conseguiria alterar o comportamento do grupo dos migrantes, contando que as mensagens fossem “próximas” da população-alvo. Diana relembra a existência de uma campanha em S. Tomé e Príncipe, onde os preservativos eram distribuídos em qualquer lado. A estratégia do governo, em colaboração com uma ONG, passou pelo fabrico de preservativos com cheiro e sabor a frutos típicos, o que aumentou a adesão ao preservativo.

3. Entrevista a Paulo Jorge Vieira, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural

Paulo Jorge Vieira iniciou a sua actividade como voluntário aos 17 anos, na Amadora, num contexto social problemático. Por essa altura, fez um curso de voluntariado na AJPAS, uma ferramenta que se revelou útil no apoio que prestou a pessoas internadas e infectadas com o vírus, tanto no hospital Amadora-Sintra, como em residências particulares. Realizou também acções pontuais em escolas e comunidades juvenis.

A experiência foi por si classificada como tendo sido “muito pesada”. Moldou a sua personalidade.

Ganhou o prémio de Jovem Empreendedor Social, em 2009.

Na altura em que decidiu ser voluntário, o VIH tinha um impacto muito maior na sociedade. A passagem do diagnóstico ao estado de SIDA e à morte era muito mais breve. Daí a sua sensibilização para a problemática e a sua vontade de realizar algo diferente relacionado com o assunto. As pessoas vinham pedir-lhe aconselhamento. Dirigiam-se à sua casa para ir buscar preservativos, e quando estava ausente, a mãe muitas vezes se encarregou dessa tarefa.

Na altura, era jovem e não tinha muita preparação psicológica para lidar com algumas situações delicadas que envolviam a situação das pessoas infectadas. Era necessário um sentido de elevada responsabilidade ética e capacidade para transmitir confiança às pessoas, que tinham algum receio que Paulo não respeitasse a sua privacidade, e que divulgasse a notícia de que tinham a doença. Esse receio foi sendo gradualmente ultrapassado. As pessoas iam, de sua iniciativa, procurá-lo.

A comunidade africana recorria a ele em fases mais complicadas da doença. A incidência de novos casos na população migrante deve-se, na sua opinião, à falta de informação e à resistência psicológica à alteração de comportamentos.

Existem várias subculturas no contexto africano. Dentro delas, as questões de género, marcadas pelo machismo, são muito relevantes para a problemática. Depois, há a questão da maternidade precoce. A maior parte das mulheres, na ordem dos 25 anos, já tem vários filhos. Não é feito planeamento familiar. Paulo defende a Educação Sexual nas escolas e um reforço da intervenção nas mesmas.

Depois, considera também relevante o facto de as diversas subculturas serem fechadas em si. A rejeição das campanhas deve-se, possivelmente, a este aspecto, mas também ocorre porque os imigrantes não se identificam com as campanhas. Não se vêem representados.

Paulo salienta ainda a importância da promoção do diálogo entre as diversas culturas: contrariamente à imposição da cultura dominante, devem integrar-se as diferentes subculturas naquela que é mais representativa num determinado país.

A originalidade das campanhas foi também apontada como aspecto determinante para o sucesso de campanhas futuras. A *condom fatigue* foi assinalada como barreira para o sucesso de campanhas futuras; há inclusive, pessoas que realizam sexo sem preservativo contando com a acção de retrovirais. Por isso, deve ser pensada uma campanha que ultrapasse essas e outras barreiras (exemplo de *Theasbryllupblog*).

4. Entrevista a Luís Mendão, GAT

A GAT foi criada em 2001, contando com a participação de todas as pessoas interessadas nos tratamentos do VIH. Durante 3 anos, a GAT era só um grupo voluntário de informação e de trabalho

em rede. Até 2004, não tinham orçamento, mas, por essa altura, o grupo sentiu necessidade de se formalizar e de ter um orçamento, por forma a poder exercer uma acção mais eficaz. Passou a trabalhar como uma “associação clássica”.

A GAT resulta da tentativa de que se reconhecesse que, em Portugal, a epidemia é mais grave do que em outros países. Também foi criada para que fosse reconhecido que, embora qualquer pessoa possa contrair a infecção, há grupos mais vulneráveis à doença. Por essa razão, se se queria controlar a epidemia, teriam de ser alocados recursos junto desses grupos. Os valores da taxa de novos casos de infecção são superiores a 5% em grupos como os HSH, pessoas que injectam drogas, trabalhadores de sexo, *transgenders* (especialmente mulheres transgénero) e migrantes, incluindo pessoas vindas de África. Nas prisões há também alguma prevalência, segundo o que foi reportado entre 2005 e 2008 (e aqui há muitos subgrupos: HSH, migrantes, utilizadores de drogas, ...). Depois, a localização geográfica é também relevante: no Minho, por exemplo, há 0 grávidas infectadas, ao passo que só no hospital Amadora-Sintra é superior a 1%.

Para a GAT, seria importante segmentar as mensagens, adaptando-as ao contexto de cada um destes grupos.

Em 2007, foi publicado um estudo na Suíça e divulgados resultados de ensaios clínicos que mostravam que, em relações em que o parceiro está medicado, é praticamente impossível que a infecção seja transmitida. Por isso, uma das armas de combate à existência de novos casos é tratar bem as pessoas infectadas: quando uma pessoa é detectada, o parceiro pode, adicionalmente à utilização do preservativo, fazer um tratamento para aumentar a protecção.

O uso do preservativo tem diminuído em todas as populações, o que sucedeu mesmo antes de se saber que os anti-retrovirais têm a capacidade de diminuir a possibilidade de se contrair a infecção. Mesmo a utilização do preservativo feminino depende sempre da aceitabilidade do parceiro.

Nenhum estudo mostra que os homossexuais usam mais o preservativo. Pelo menos, não usam constantemente. Um homossexual tem maior probabilidade de se cruzar com uma pessoa infectada do que um heterossexual, mesmo se tiver tido menos comportamentos de risco do que este. Nas relações anais há maior probabilidade de se contrair a infecção.

Quase não há casos quando a pessoa sabe que está infectada. Mas, nas relações ocasionais, como posso saber isso? Apenas se houver informação esclarecedora sobre este assunto. Tem de se transmitir que, para sua protecção, usar o preservativo é a melhor escolha, não sendo o preservativo 100% eficaz (97 ou 98%). Nos casos em que houve um comportamento de risco, deve-se ir ao hospital nas 72h após a exposição, para ser ministrada a profilaxia pós-exposição. Do ponto de vista da saúde pública, assistimos a uma diminuição de casos, mas não em relações desta natureza.

As pessoas que mais transmitem a infecção não sabem: as pessoas devem ser identificadas o mais

cedo possível. Houve um estudo realizado em Inglaterra que indica que apenas 20% dos infectados não estão diagnosticados e que, de todas as infecções, 80% provêm destas. Um segundo estudo prova que, das pessoas que estão infectadas e têm conhecimento, 70% passa a ter mais cuidado.

Há ainda outro aspecto: a carga viral é mais elevada nos primeiros seis meses a partir da data em que se contraiu a infecção. Portanto, as pessoas não só não sabem, como também são mais infecciosas nesta altura. A pessoa precisa de se proteger a si, em primeiro lugar. Basta pensar que qualquer doença (*ex.* gonorreia, sífilis) é muito mais difícil de tratar se se tem SIDA.

As pessoas devem exigir relações seguras.

Outro assunto discutido é o da emergência PPE (profilaxia pós-exposição) como meio de prevenção. Uma pessoa que tome TRUVADA protege-se da infecção do VIH. Há pessoas que defendem que, eventualmente, para determinadas pessoas que oferecem muita resistência à utilização do preservativo, esta pode ser uma opção. Há, em torno deste assunto, uma discussão moralista em relação ao que deve ser a vida das pessoas, mas podemos fazer a comparação com um exemplo histórico: de início, também se discutia a moralidade de as mulheres prevenirem a gravidez com a pílula. Mas, se atentarmos bem, a situação é semelhante: o que pretendemos é o controlo de determinada situação que toda a gente quer evitar.

Também há estudos para desenvolver um anel vaginal, ao invés de um comprimido, que reunisse diversas funções: protecção contra o VIH, anticoncepção e protecção contra IST's.

Uma outra discussão que existe em relação a este assunto é o facto de se considerar que a segmentação dos cuidados de prevenção é uma dupla discriminação. No entanto, estes são grupos de risco, e como tal, as próprias comunidades devem promover a prevenção. Tem de se explicar aos homossexuais que eles têm maior probabilidade de ser infectados. Porque, de contrário, a pessoa é colocada em maior risco. O mesmo se passa em relação às mulheres, que são mais susceptíveis de ser infectadas do que os homens, em relações heterossexuais.

Deve-se devolver o poder às comunidades mais vulneráveis.

As pessoas têm medo da doença, porque a associam a pessoas que morriam muito rapidamente. Têm medo de fazer o teste, também porque associam a contracção da doença a comportamentos moralmente condenados (“não me comportei do modo como devia”). Há a noção de que quem se infecta tem a culpa, o que radica num modo de vida demasiado asséptico. Mas há outras barreiras ao teste: o facto de não se ter noção do risco real que se corre, o desconhecimento dos locais onde pode ser realizado o teste.

Em relação às campanhas, penso que, para serem mais eficazes, têm de ser avaliadas. Depois, têm de ficar na memória das pessoas. Deve também haver mais e melhores canais de difusão, porque a divulgação dessas campanhas é insuficiente. Por exemplo, a campanha deve estender-se à *internet*, uma vez que 60 a 70% das relações HSH ocasionais são mediadas por *sites*.

Há também outro tipo de barreiras: algumas discotecas, por exemplo, recusam-se a aceitar colaborar com as campanhas porque advogam que as pessoas estão ali para se divertir, e não para pensar em eventuais problemas.

5. Entrevista a Nazya Amorim, membro da associação “Bué Fixe”



O projecto nasceu em Setembro de 2013, em São Tomé. Na altura, falava-se muito do VIH, mas ninguém se preocupava. O irmão mais velho de Nazya Amorim, Dynka Amorim, teve a sorte de se cruzar com Ana Felgueiras, da Associação “Médicos do Mundo”, que ajudou a associação, desde o início, a conseguir apoios.

Começaram com a divulgação de uma revista em locais estratégicos: na Mediateca, em bibliotecas, no Liceu Nacional... Depois, quando vieram para Portugal, não quiseram que o projecto morresse. Concentram a sua actividade na Amadora, mas já participaram em inúmeros fóruns internacionais, financiados pelo Fundo Europeu. Ganharam, inclusive, o Prémio Europeu para Jovens Empreendedores no VIH/SIDA.

“Fomos criando popularidade, fazendo novos contactos, arranjando apoios: a “Médicos do Mundo”, a NATO, o IPJ e até alguns cabeleireiros locais onde distribuíamos material.

Mesmo assim, o apoio financeiro ainda é insuficiente: os membros que trabalham na “Bué Fixe” são todos voluntários, e tivemos de estabelecer uma cota mensal ou anual para os sócios, para conseguirmos ter dinheiro para as nossas actividades”.

A associação é responsável por um programa de rádio semanal, uma revista digital, um serviço de envio de SMS e por acções de rua, nas quais fazem a divulgação do grupo e alertam as pessoas para os riscos do VIH.

Mas nem sempre há receptividade.

“É frequente as pessoas mostrarem resistência à nossa abordagem, como se estivéssemos a vender alguma coisa, principalmente as pessoas mais velhas.”

“Parece que se sentem inferiorizadas ao aprender com os mais novos”, acrescenta.

Também por parte dos jovens existe resistência: “as jovens mulheres que abordamos, entre os 13 e os 20 anos, geralmente não gostam de usar preservativo”, conta. “Já os rapazes são mais curiosos.”

Nazy considera que o nível de discriminação em relação ao VIH/SIDA ainda é elevado: “as pessoas associam a doença a pessoas magrinhas, com mau aspecto e feridas na cara. Por isso, acham sempre que o problema é com o “vizinho do lado”. Outras vezes, respondem que são fiéis, e rejeitam o que lhes dizemos.”

“Para além disso, a maior parte das pessoas acha que falar de SIDA é uma coisa chata.”

Naiza é de opinião que a comunicação sobre o tema deve ser inovadora, que as campanhas de prevenção devem ser mais alargadas. Por isso, o próximo passo é criar a “Bué Fixe TV”, dinamizando assim o projeto, que tem também por objetivo diversificar os temas abordados.

“Sobretudo, em relação à consciência, participação e integração dos jovens e dos imigrantes.”, afirma. “Porque isso acaba por estar interligado à prevenção da SIDA.

Na sua opinião, também há que combater uma certa “má-fé” que existe entre os portadores. Naiza refere que muitas pessoas, sabendo que estão infetadas, transmitem propositadamente a doença.

6. Discussão de Dados: *meet up* no In Mouraria Migrantes, 05/11/2014

Quando se fala de prevenção para a SIDA, fala-se, maioritariamente, na persuasão, por parte das campanhas de promoção da saúde e dos *marketeers* destinados para o efeito, da necessidade da utilização do preservativo, junto de um público-alvo mais generalista ou segmentado.

A ênfase na transmissão sexual é fundamentada pelo **aumento de novos casos notificados através desta via**¹²² (ECDC. *Migrant Health: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries*: ECDC Stockolm, Sweden, 2010).

Por outro lado, a transmissão através do contacto sanguíneo, por ***injecção de drogas*** tem revelado um ***decréscimo*** progressivamente significativo desde o início da detecção da epidemia em Portugal¹²³, fazendo que a prioridade na elaboração de campanhas de prevenção se situe ao nível da utilização do preservativo, único meio de evitar o contágio por vias sexuais.

A alteração dos padrões de saúde sexual, por parte dos indivíduos, não se restringe ao seu comportamento sexual, mas engloba o seu estilo de vida, que deve ser encarado de uma ***perspectiva holística***, composta por aspectos ***biológicos***¹²⁴, ***emocionais***, ***sociais***, ***históricos***, ***económicos***, ***culturais***, ***religiosos***, ***éticos***, ***legais*** e ***políticos*** que concorrem para a definição do seu modo de estar no mundo.

A implementação de estratégias de *marketing* social que tenham por objectivo a alteração de um padrão de comportamento sexual exige, consequentemente, uma ***reflexão*** sobre a forma como estes diversos aspectos se ***inter-relacionam*** e ***condicionam*** a vivência da sexualidade.

Apesar de algumas barreiras à realização do teste e utilização do preservativo serem comuns aos outros grupos, o subgrupo dos migrantes apresenta barreiras acrescidas, nomeadamente a nível

¹²² “The predominant transmission route is heterosexual (53% of new HIV reports in 2006), followed by men who have sex with men (MSM) (37%) and by injecting drug users (IDU) (9%)”, *op. cit.*, p. 5;

“The predominant mode of transmission is sex between men and women, accounting for 53% of new HIV reports in 2006, followed by sex between men (37% of HIV reports) and by IDU (9% of HIV reports)”, *idem*, p. 8.

¹²³ Portugal. *Infeção VIH/SIDA e Tuberculose em números 2013. Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA*, p. 15.

¹²⁴ A constituição biológica da mulher torna-a duplamente vulnerável; por outro lado, o sexo anal é uma prática mais susceptível de transmitir a infecção, devido ao facto de anatomicamente a membrana ser mais fina.

administrativo, legal, linguístico e cultural.

Em 2013, em Portugal, a proporção de casos de VIH/SIDA em imigrantes, face à totalidade de casos, situa-se na ordem dos **33,6%**. Destes, **67,5%** são oriundos de países da África subsariana, 12,1% da América Latina, 10,8% não estava disponível, 3,6% da Europa Ocidental e 2% da Europa de Leste.

Segundo um estudo realizado em 2011, intitulado *Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: implicações para a intervenção*¹²⁵, verifica-se que a **utilização do preservativo é baixa**, quer em jovens, quer em adultos, sendo que as razões apontadas variam com a idade. Os adultos referem crenças rígidas e barreiras culturais. De uma forma geral, podemos afirmar que os **homens** africanos são pouco receptivos, ao passo que as **mulheres** africanas apontam pouco controlo sobre o comportamento sexual dos parceiros e oportunidades limitadas para introduzir a utilização do preservativo.

Num outro estudo¹²⁶, de 2012, é revelado o facto de que muitas raparigas preferem terem sexo sem protecção a não receberem atenção por parte dos homens. Este é um factor de índole emocional que deve ser tido em consideração.

Assim, É ESSENCIAL QUE a aniquilação das barreiras culturais tenha também em conta a **estrutura emocional** dos indivíduos, sendo também por essa razão que a divulgação de **informação**, por si só, é insuficiente para a alteração de comportamentos efectivos. Prova disso é o facto de, em vários estudos efectuados até ao presente, se ter concluído que **não existe falta de conhecimento** por parte dos jovens face ao VIH/SIDA e modos de transmissão da doença, mas sim uma **falta de motivação** para a alteração efectiva dos comportamentos sexuais de risco. O que, por sua vez, está também relacionado com a incoerência que existe entre, **POR UM LADO**, a **percepção da gravidade da doença** (a maioria percepção a doença como “muito grave”) e,

¹²⁵ Dias, Sónia, Gaspar de Matos, Margarida, Gonçalves, Aldina, in Psicologia, Saúde & Doenças, 2002 (3).

¹²⁶ *Sexual and reproductive health as a way to promote equity: highlights from a study with african migrants in Portugal*. Gaspar de Matos, M., Gaspar, T., Reis, M. e Ramiro, L in 13th World Congress on Public Health, Abril de 2012.

POR OUTRO, a fraca percepção da vulnerabilidade individual face ao risco de ser contraída a doença¹²⁷.

Os jovens apontam o facto de as campanhas não os sensibilizarem, de facto: “as associações de SIDA estão quase a bombardear a sociedade com panfletos, números de telefone... O jovem até olha, vê os bonecos e mete o papel de lado... Mas ler é o que interessa seriamente”¹²⁸.

De entre as **razões** que estão na base da fraca percepção da vulnerabilidade individual face à infecção, podemos destacar a **confiança no parceiro** (sendo por essa razão que em relações ocasionais, nas quais por norma não está estabelecido o vínculo da confiança, se verifica uma maior adesão à utilização do preservativo), ou a **avaliação do risco com base no aspecto físico do parceiro**.

Os jovens apontam também a necessidade de haver mais diálogo entre pais e filhos, afirmando que esses diálogos teriam um efeito mais positivo que anúncios publicitários, os quais são muitas vezes identificados como “manipuladores”, e, por essa razão, afastados da realidade.

Não só os **preconceitos raciais** devem ser eliminados (muitas vezes os imigrantes não realizam o teste pelo receio da ESTIGMATIZAÇÃO que isso implica, o que revela contornos mais marcados nos homens que têm sexo com indivíduos do mesmo sexo), mas também os **preconceitos associados à utilização do preservativo**, na sua generalidade: a associação a relações casuais, infidelidade e doenças interfere ~~negativamente~~ com as crenças de *intimidade*, *confiança* e *compromisso* numa relação.

Para combater esses preconceitos, será necessário colocar a tónica:

1. Na **valorização** e **empowerment** pessoais;
2. Na *estima* por si;
3. Na necessidade de **melhorar** o seu próprio **bem-estar**;
4. Na necessidade de se **DEFENDER** das ameaças à sua **SAÚDE**

¹²⁷ *As atitudes, crenças e comportamentos preventivos dos jovens portugueses face ao VIH/SIDA e às campanhas de marketing social de prevenção e combate à doença*. Ramos, Inês, Dissertação de mestrado. Lisboa, ISCTE, 2010.

¹²⁸ *Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: implicações para a intervenção*. Gaspar de Matos, M., Dias, S. e Gonçalves, A. in *Psicologia, Saúde & Doenças* v.3, nº1. Lisboa, 2002.

Podemos delinear um plano que, numa primeira etapa, **faça chegar a informação à população**, uma vez que as atitudes se revelam tanto mais negativas ao VIH, quanto menor é o grau de informação;

Em segundo lugar, existe a necessidade de, através de técnicas de *marketing*, **alterar o poder simbólico do objecto-preservativo**, destruindo as crenças de que diminui o prazer ou frustra o jogo sexual, tornando-o num objecto consumo;

Uma terceira etapa passará, então, pelo *empowerment do indivíduo*, da sua estrutura emocional, da sua capacidade de decisão sobre a sua própria vida, sobre a necessidade de ultrapassar determinadas barreiras sociais e emocionais para seu próprio bem-estar;

É premente, ainda, promover o **diálogo entre pais e filhos**, aspecto que poderá melhorar a perspectiva de diversas gerações face à problemática da SIDA, bem como trazer este problema para a realidade quotidiana dos indivíduos;

Depois, é necessário o **envolvimento da comunidade**, com a promoção da saúde em fóruns, concertos e outros eventos levados a cabo pela comunidade.

É ainda essencial que se promova o diálogo entre a ~~subcultura~~ e a **cultura dominante**, para que as atitudes face às minorias étnicas se isentem de discriminação, estigmatização e preconceito.

Sob outra perspectiva, é necessário que a própria **Estrutura Política** faça esforços no sentido de diminuir a incidência de novos casos nestas populações: um estudo intitulado *HIV testing policies for migrants and ethnic minorities in EU/EFTA members*¹²⁹ revela-nos que, embora 22 países reconheçam que os imigrantes são um grupo vulnerável à infecção do VIH, seis deles (Alemanha, Irlanda, Itália, Malta, Portugal e Espanha) não recomendam o teste do VIH a migrantes.

A alteração desta medida poderia ser benéfica, até para saber se a infecção foi transmitida já nos países de destino, ou nos países de origem, e nesse sentido direccionar mais as campanhas de prevenção para a necessidade de se testarem ou de utilizarem o preservativo.

As acções de promoção da saúde devem ser prolongadas no tempo, e não actividades pontuais

¹²⁹ “Políticas de teste ao VIH para migrantes e minorias étnicas nos membros da União Europeia”

de divulgação, para que os indivíduos incorporem a atitude preventiva nos comportamentos do seu cotidiano.